



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

ISSN 1609-6142

RAVATZ 2004

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
DANS L'UNION EUROPÉENNE ET EN NORVÈGE



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2004

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
DANS L'UNION EUROPÉENNE ET EN NORVÈGE

Annonce légale

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

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

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

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

Une fiche bibliographique figure à la fin de cette publication.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2004

ISBN 92-9168-200-4

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2004

La reproduction est autorisée sous réserve de la mention de la source.

Printed in Belgium

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
Remarque liminaire	7
Aperçu: vue d'ensemble de la situation de l'Europe en matière de drogue	9
Chapitre 1 Nouvelles évolutions en matière de politiques et de législations	15
Chapitre 2 Prévention de la toxicomanie — collaborer avec les communautés et cibler les groupes à risque	24
Chapitre 3 Cannabis	28
Chapitre 4 Stimulants de type amphétamines, LSD et autres drogues synthétiques	34
Chapitre 5 Cocaïne et crack	44
Chapitre 6 Héroïne et consommation de drogue par voie d'injection	50
Chapitre 7 Traitement — répondre aux besoins des personnes en difficulté	63
Chapitre 8 Questions liées à la criminalité et à la détention	70
Question particulière n° 1 Évaluation des «stratégies nationales antidrogue» en Europe	75
Question particulière n° 2 Les problèmes liés au cannabis dans leur contexte — comprendre l'augmentation des demandes de traitement en Europe	82
Question particulière n° 3 Comorbidité	94
Références	105
Points focaux nationaux Reitox	111



Préface

L'édition de cette année du rapport annuel de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) inclut les données des 25 États membres de l'Union européenne ainsi que de la Norvège. La somme des informations présentées ne nous aide pas seulement à mieux comprendre la mesure dans laquelle les problèmes de drogue affectent tant les citoyens d'Europe que les communautés dans lesquelles ils vivent, elle nous permet également de réfléchir sur les politiques et actions que les États membres ont développées pour répondre au défi complexe et multiforme que représente l'usage des drogues.

Les personnes familières des précédents rapports de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne seront peut-être surprises par les différences énormes découlant de cette perspective élargie. Nombre des hypothèses que nous avons formulées sur la nature et la direction des tendances prises par le phénomène de la drogue doivent être revues et adaptées pour refléter la réalité de la situation plus complexe, dynamique et diversifiée à laquelle est confrontée l'Europe d'aujourd'hui.

Tous les pays ne sont pas à même de fournir des informations dans tous les domaines, pas plus que toutes les données disponibles ne sont à même de faire l'objet d'une simple comparaison. C'est la raison pour laquelle des notes méthodologiques sont jointes, ainsi que des avertissements au lecteur concernant les écueils qu'il doit considérer avant de tirer des conclusions. Néanmoins, les informations désormais disponibles sur l'état du phénomène de la drogue en Europe sont substantielles et de plus en plus solides. Nous sommes heureux de pouvoir mettre à votre disposition, dans les années à venir, une somme de plus en plus complète de données, dans la mesure où les investissements actuellement consentis par les États membres commencent à porter leurs fruits. Le lecteur techniquement averti, ou celui désireux de trouver des détails plus spécifiques sur tel ou tel aspect du présent rapport, pourra se pencher sur les tableaux complets de données sous-tendant les informations synthétiques dudit rapport — tableaux disponibles dans le bulletin statistique d'accompagnement ainsi que dans la version extensive en ligne de la présente publication. Les lecteurs n'ayant

besoin que d'une vue d'ensemble concise des événements pourront se reporter à la partie «Aperçu», laquelle propose un résumé des principaux points développés dans le corps du rapport.

Nous sommes conscients du fait que les informations contenues dans ce rapport sont le produit d'un partenariat et dépendent des travaux de nos partenaires du réseau Reitox ainsi que des experts scientifiques qui ont apporté leur contribution dans le cadre de groupes de travail aussi bien nationaux qu'europeens, et nous remercions toutes ces personnes. Le présent rapport bénéficie aussi, notamment sur le plan informatif, de nos travaux actuels avec la Commission européenne, qui contribuent à l'évaluation du plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004).

Certains commentateurs insistent sur les difficultés susceptibles d'émaner de l'intégration de l'Europe élargie, en particulier des possibilités offertes au crime organisé de bénéficier de l'ouverture des frontières et de la libre circulation des biens et des personnes. Le rapport n'occulte pas ces défis, mais il véhicule peut-être aussi un autre message. En tant qu'Européens, nous partageons de plus en plus des problèmes communs découlant de l'usage des drogues, mais nous apportons également au débat nos différentes expériences et perspectives historiques. Les données contenues dans ce rapport constituent un engagement conjoint de nos États membres à collecter des informations comparables et à les utiliser pour faciliter le développement de politiques et de réponses plus efficaces et plus ciblées. L'élargissement de l'Union européenne nous offre une nouvelle possibilité de partager les expériences de nos succès et de coopérer plus étroitement pour élaborer des activités mieux coordonnées encore. Dans cet effort, l'OEDT s'engage à jouer son rôle en œuvrant avec les États membres à constituer les gisements de données de grande qualité nécessaires à la tenue d'un débat informé.

Marcel Reimen

Président du conseil d'administration de l'OEDT

Georges Estievenart

Directeur exécutif de l'OEDT



Remerciements

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

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

Remarque liminaire

Ce rapport annuel est fondé sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'UE et la Norvège (participant aux travaux de l'OEDT depuis 2001) sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2002 (ou sur la dernière année disponible). Dans le domaine des solutions à la consommation de drogue et pour les questions particulières, des données plus récentes peuvent être rapportées.

Les rapports nationaux des points focaux nationaux Reitox sont disponibles sur le site web de l'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).

Une version en ligne développée du rapport annuel est disponible en 20 langues et peut être consultée à l'adresse <http://annualreport.emcdda.eu.int>. Elle contient des informations supplémentaires figurant dans les notes de bas de page et accompagnées de la référence «EL». Disponibles en anglais, celles-ci comprennent de nombreux graphiques, tableaux et documents de référence supplémentaires.

Le bulletin statistique 2004 de l'OEDT fournit la série complète des tableaux sources sur lesquels se fonde l'analyse des statistiques (<http://statistics.emcdda.eu.int>). Il apporte également des renseignements supplémentaires sur la méthodologie utilisée.



Aperçu: vue d'ensemble de la situation de l'Europe en matière de drogue

La présente vue d'ensemble met en relief certaines des évolutions clés évoquées dans le rapport annuel 2004 de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue en Europe. Le lecteur devra se référer au corps du rapport pour un développement complet sur le sujet.

Politiques et cadre juridique

Parmi les principales évolutions politiques évoquées dans le rapport, citons l'évaluation à mi-parcours du plan d'action résultant de la session extraordinaire de 1998 de l'Assemblée générale des Nations unies (Ungass) concernant le problème mondial de la toxicomanie. Par ailleurs, l'OEDT contribue à l'évaluation du plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-2004), qui s'achèvera en 2004.

En juin 2003, le Conseil des ministres a adopté une recommandation sur «la prévention et la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie». Les domaines clés couverts par cette recommandation comprennent la protection de la santé et la réduction des risques, la réduction de l'incidence des maladies transmises par le sang chez les toxicomanes (VIH, VCH et TB), la réduction du nombre de décès liés à la drogue et la mise en place de mécanismes d'évaluation appropriés. En 2003, le Conseil des ministres est également parvenu à un accord politique sur une décision-cadre concernant le trafic de drogue. Cet accord était axé sur un objectif d'harmonisation des sanctions et d'élargissement de la cible d'action aux organisations criminelles et terroristes qui tirent des revenus du trafic de stupéfiants.

En 2003, les travaux visant au contrôle des nouvelles drogues de synthèse dans l'Union européenne se sont poursuivis, avec l'adoption par le Conseil des ministres d'une décision en faveur de l'application de mesures de contrôle pour les drogues suivantes: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 et TMA-2.

En 2003, on a relevé une augmentation du nombre de pays dont la politique antidrogue fonctionne dans le cadre d'une stratégie nationale globale: des plans antidrogue ont été adoptés au Danemark, en Allemagne, en Lituanie et en Slovaquie. Une fois que l'Estonie et la France auront suivi ce modèle en 2004, comme il est prévu, plus des trois quarts de l'ensemble des États membres de l'UE auront adopté cette approche. Les thèmes communs que l'on retrouve dans les stratégies nationales comprennent un engagement en faveur d'une démarche équilibrée en ce qui concerne les activités liées à la demande et à l'offre, ainsi qu'une reconnaissance explicite de l'importance de la coordination.

Les évaluations de la politique antidrogue peuvent apporter des enseignements importants pour l'avenir. Les domaines dans lesquels un suivi ou des évaluations ont été signalés par les États membres en 2003 comprennent l'impact de la nouvelle législation antidrogue, l'impact de la modification des dispositions légales concernant la possession de drogue pour usage personnel, en particulier la possession de cannabis, les mesures permettant aux autorités locales d'intenter une action contre les locaux liés aux trafics de drogue ou aux nuisances publiques, les mécanismes destinés à orienter les toxicomanes vers des organismes en dehors du système judiciaire, et les actions visant à lutter contre les activités de trafic de drogue et de blanchiment des capitaux. Les approches adoptées par les États membres pour mesurer les stratégies nationales antidrogue sont décrites dans une «question particulière» consacrée à l'évaluation.

Deux pays (la Belgique et le Royaume-Uni) ont signalé des changements dans la classification juridique du cannabis. Dans ces deux pays, la consommation problématique de cannabis est expressément abordée dans les lois ou les directives, et les modifications légales instituées révèlent un certain nombre d'aspects importants qui ont parfois été ignorés dans la couverture médiatique de ces actions.

Un domaine de plus en plus important pour les activités futures et la coopération internationale est la mise en place de pouvoirs pour permettre la confiscation des biens des trafiquants de drogue et des groupes criminels. L'Espagne, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni signalent de nouvelles évolutions dans ce domaine.

Le problème de la conduite automobile sous l'influence des drogues et la façon de le traiter demeure une préoccupation importante dans bon nombre d'États membres. En 2003, trois pays (la France, l'Autriche et la Finlande) ont effectué des changements importants visant à clarifier ou à renforcer la législation dans ce domaine.

Prévention antidrogue

On peut classer les actions de prévention en Europe selon qu'elles s'adressent à l'ensemble de la communauté (prévention universelle) ou à ceux qui sont les plus exposés aux risques, soit en tant que groupe (prévention sélective), soit au niveau individuel (prévention individualisée). Les modèles de prévention universelle les plus développés sont les programmes ciblant la population scolaire, pour laquelle on dispose d'une base d'éléments probants assez solides pour orienter le contenu et la présentation des programmes.

Un certain nombre de pays signalent des évolutions encourageantes à la fois en termes de couverture et de présentation des programmes de prévention en milieu scolaire. Toutefois, dans de nombreux pays, beaucoup reste à faire en termes de couverture et de qualité des actions de prévention universelle. Les efforts de prévention universelle en dehors du milieu scolaire ont également un potentiel considérable, mais actuellement seuls quelques pays appliquent ce type de démarche.

Bien que l'on reconnaisse de plus en plus l'importance du développement des actions de prévention auprès des personnes à risque, le besoin d'investissement dans ce type de prévention ciblée demeure considérable.

Cannabis

Le cannabis demeure la substance illicite la plus consommée dans l'Union européenne, bien qu'il y ait de grandes variations d'un pays à l'autre. D'après des enquêtes récentes auprès de lycéens de 15 ans, la prévalence au cours de la vie s'échelonne entre moins de 10 % et plus de 30 %, les taux les plus élevés étant signalés par les garçons au Royaume-Uni (42,5 %). Une proportion réduite mais constante (environ 15 %) des lycéens de 15 ans qui ont consommé du cannabis au cours de l'année précédente déclare en avoir consommé au moins à 40 reprises. Cette consommation intensive de cannabis est préoccupante, en particulier l'éventualité que ce groupe soit exposé au risque de subir des conséquences négatives. Ce problème et le fait que les demandes de traitement de cannabis signalées aient augmenté en Europe sont traités de manière plus détaillée dans une «question particulière». La prévalence de la consommation récente (au cours de l'année précédente) de cannabis atteint son plus haut niveau chez les jeunes adultes (15-34 ans), s'échelonnant dans la plupart des pays entre 5 et 20 %. Il semble que la consommation de cannabis ait considérablement augmenté dans la plupart des pays au cours des années 90, mais qu'elle se soit désormais stabilisée, du moins dans certains pays.

Plus de 30 pays sont cités en tant que sources du cannabis saisi en Europe, ce qui illustre la nature mondiale de la production de cannabis. L'Europe est le plus grand marché mondial de résine de cannabis, dont la majorité provient du Maroc, qui constitue désormais la principale source mondiale de cette forme de cannabis. Par ailleurs, le cannabis est maintenant cultivé dans la plupart des pays européens, bien que dans tous les pays, à l'exception des Pays-Bas, les produits importés à base de cannabis prédominent encore. La puissance du cannabis importé en Europe semble être restée relativement stable depuis un certain nombre d'années. Le cannabis cultivé dans l'UE à l'aide de méthodes intensives est habituellement d'une puissance supérieure, mais les deux produits empiètent beaucoup l'un sur l'autre.

Stimulants de type amphétamines, LSD et autres drogues de synthèse

Traditionnellement, en Europe, les amphétamines constituent la drogue la plus consommée après le cannabis. Toutefois, une évolution semble apparaître dans un certain nombre de pays, notamment l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, la Finlande et le Royaume-Uni, dans lesquels les résultats d'enquêtes récentes indiquent que la consommation d'ecstasy a maintenant atteint, voire dépassé, l'usage des amphétamines. En dépit de cette augmentation de la consommation d'ecstasy, l'Europe représentait toujours, en 2002, la majorité des saisies mondiales d'amphétamines (86 % en volume). Les taux de prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy s'échelonnent entre 0,5 et 7 % de la population adulte, bien que les taux soient plus élevés chez les jeunes hommes. Par exemple, des taux de prévalence au cours de la vie entre 11 et 17 % sont signalés chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans en République tchèque, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Globalement, l'augmentation de la consommation d'ecstasy survenue au cours des années 90 semble aujourd'hui s'être stabilisée, seuls quelques pays signalant encore une tendance à la hausse. Des études auprès de populations particulières montrent systématiquement que la consommation d'ecstasy est beaucoup plus courante chez les jeunes qui fréquentent ce qu'il est désormais convenu d'appeler des «manifestations et soirées dansantes», bien que des signes récents témoignent d'un affaiblissement de cette relation.

Les décès mettant en cause l'ecstasy sont rares en comparaison de ceux qui sont dus aux opiacés, mais ils suscitent de sérieuses inquiétudes. Des problèmes liés à la définition et à la mesure de ces cas rendent l'analyse de ce sujet difficile. Moins de 100 décès liés à l'ecstasy pour lesquels des données étaient disponibles ont été signalés à l'OEDT au cours de l'année dernière. Toutefois, ce chiffre doit être interprété avec prudence, car certains pays n'ont pas rapporté de données, et lorsque des informations toxicologiques étaient disponibles, souvent, d'autres substances étaient également présentes. Environ deux tiers de l'ensemble des signalements de décès liés à l'ecstasy reçus par l'OEDT provenaient du Royaume-Uni, où la tendance est à la hausse. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ce résultat reflète une prévalence élevée de la consommation d'ecstasy ou des différences dans les pratiques de signalement.

Les États membres continuent de cibler la consommation de loisir des stimulants grâce à une série de programmes de prévention et de réduction des risques, particulièrement dans certains des nouveaux États membres. La consommation des STA (stimulants de type amphétamines) en tant que principal motif du traitement de la toxicomanie est rare, sauf en Finlande et en Suède, qui présentent depuis longtemps des difficultés liées à l'usage chronique d'amphétamines, et en République tchèque, où des

problèmes liés à la consommation de *pervitin*, une métamphétamine produite localement, existent depuis un certain temps.

Bien que l'usage de métamphétamines constitue un problème croissant au niveau mondial, en Europe, la consommation importante de cette drogue s'est jusqu'ici limitée à la République tchèque. Toutefois, des rapports sporadiques sur la consommation de métamphétamines sont aujourd'hui émis par un certain nombre d'autres pays d'Europe, ce qui brandit le spectre d'une nouvelle extension potentielle de la consommation de cette drogue particulièrement nocive.

Cocaïne

D'après de récentes enquêtes, entre 0,5 et 6 % des adultes ont déjà consommé de la cocaïne (prévalence au cours de la vie). Chez les jeunes adultes (15-34 ans), les taux de prévalence au cours de la vie s'échelonnent généralement entre 1 et 10 %. Habituellement, environ la moitié de ceux qui ont déjà consommé de la cocaïne déclarent l'avoir fait au cours de l'année précédente. Les taux de consommation sont plus élevés en Espagne et au Royaume-Uni — dans ces deux pays, la prévalence de la consommation récente (au cours de l'année précédente) chez les adultes est supérieure à 2 %, contre moins de 1 % dans la plupart des autres pays. Cela signifie que la prévalence de la consommation récente de cocaïne en Espagne et au Royaume-Uni est désormais semblable à celle des États-Unis, bien que les taux de prévalence au cours de la vie demeurent inférieurs. Si les tendances concernant la cocaïne sont difficiles à identifier au niveau national, les données existantes indiquent toutefois que la consommation récente de cocaïne chez les jeunes a augmenté dans une certaine mesure au Danemark, en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. La Grèce, l'Irlande, l'Italie et l'Autriche ont également signalé une augmentation de la consommation en se fondant sur des sources locales ou qualitatives.

Entre 1997 et 2002, le nombre de saisies de cocaïne a augmenté dans tous les pays excepté l'Allemagne et l'Italie. D'après les tendances dégagées à partir des données disponibles, lorsqu'une analyse complète sera possible, elle révélera que le nombre de saisies au niveau de l'UE a de nouveau augmenté en 2002. Dans la plupart des pays, d'après les rapports, le prix de la cocaïne aurait également chuté au cours de cette période.

La consommation du crack (base de cocaïne) sous forme fumée reste limitée à quelques grandes villes d'Europe, où cet usage semble plus fréquent chez les groupes marginalisés. Par exemple, des données provenant d'études portant sur les utilisateurs des salles de consommation montrent que l'usage de la cocaïne à fumer est particulièrement élevé chez les prostituées. Bien qu'il soit rare dans la population générale, l'usage de la cocaïne à

fumer est particulièrement associé à un risque élevé de problèmes sanitaires et sociaux.

L'analyse toxicologique montre que dans certains pays la cocaïne est fréquemment décelée en association avec des opiacés dans les accidents mortels liés à la drogue. Les décès attribuables à la cocaïne en l'absence d'opiacés restent rares, mais il se peut qu'ils soient en augmentation. Au Royaume-Uni, le nombre de mentions de la cocaïne sur les certificats de décès a été multiplié par 8 entre 1993 et 2001, et aux Pays-Bas le nombre de décès attribués uniquement à la cocaïne a augmenté, passant de deux en 1994 à 26 en 2001. La cocaïne est également susceptible de contribuer à des décès dus à des troubles cardiovasculaires, mais ces cas sont peut-être mal représentés dans les données statistiques.

Les options de traitement pour les cocaïnomanes sont pour la plupart des approches génériques, habituellement sans composante pharmacologique. Des travaux sont en cours pour améliorer l'efficacité des interventions pharmacologiques mais, à part les prescriptions visant au soulagement des symptômes, il n'existe aucun consensus clair sur ce qui constitue une bonne pratique dans ce domaine. La prise en charge des consommateurs de crack, en particulier, peut poser des difficultés pour les centres de traitement.

Consommation problématique de drogue, usage d'héroïne et injection de drogue

L'usage d'héroïne et la consommation de drogue par voie d'injection forment la principale composante de l'indicateur de consommation problématique de drogue de l'OEDT. Cet indicateur est une mesure composite conçue pour aider à estimer l'ampleur d'un problème de toxicomanie chronique largement dissimulé. Les estimations de la consommation problématique de drogue s'échelonnent entre 2 et 10 cas pour 1 000 habitants adultes. Les estimations de la taille de la population des usagers de drogue à problème varient considérablement entre les pays et au sein d'un même pays, avec des chiffres relativement élevés signalés par le Danemark, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal et le Royaume-Uni.

En Europe, les usagers de drogue à problème semblent devenir un groupe plus hétérogène. Dans de nombreux pays, la plupart de ces usagers se caractérisaient traditionnellement par leur consommation d'héroïne, mais la polytoxicomanie et l'usage de stimulants deviennent plus fréquents. Bien que les estimations soient difficiles, il semble que l'usage de l'héroïne soit relativement stable dans de nombreux pays, et les niveaux de nouveaux recrutements dans ce comportement (incidence) ont chuté par rapport aux années 90. Cette analyse peut ne pas être vraie pour les nouveaux pays de l'UE.

L'Europe représente un peu plus du quart du total de l'héroïne saisie dans le monde entier. Aucune tendance claire n'est observable concernant le volume d'héroïne saisi

dans l'UE et, globalement, il semble être relativement stable. En termes de volume comme en termes de nombre de saisies, le Royaume-Uni (suivi par l'Espagne) déclare un nombre de saisies supérieur à celui des autres pays.

Une proportion limitée de la production d'opiacés s'effectue dans les pays européens. Elle est largement confinée à la production de produits à base de paille de pavot consommés localement. Aucune tendance n'est observable à partir des données récentes concernant la pureté de l'héroïne et le prix de l'héroïne vendue dans la rue.

Les opiacés demeurent la principale cause de décès liés à des substances illicites en Europe. Chaque année, on enregistre 8 000 à 9 000 décès par surdose, mais ce chiffre est presque certainement sous-estimé. La plupart des victimes sont de jeunes hommes dont l'âge se situe entre le milieu et la fin de la vingtaine ou au début de la trentaine, bien que l'âge au moment du décès semble être en augmentation. Si des variations considérables sont observées entre les pays, en général les décès liés à la drogue ont augmenté de façon constante dans l'ensemble de l'UE au cours des années 80 et 90. Entre 2000 et 2001, beaucoup de pays ont signalé une diminution du nombre de décès liés à la drogue; par conséquent, au niveau de l'UE, une réduction du nombre de décès signalés, modeste quoique significative sur le plan statistique, a été enregistrée: le chiffre est passé de 8 838 à 8 306. Toutefois, le nombre de décès reste élevé par rapport aux périodes précédentes.

Une évolution inquiétante est le récent signalement dans les rapports du trafic de fentanyl, un opiacé de synthèse qui est jusqu'à 100 fois plus puissant que l'héroïne. Des saisies récentes ont été signalées dans un certain nombre de pays bordant la mer Baltique et dans la Fédération de Russie. En Estonie, le fentanyl est apparu sur le marché des drogues en tant que substitut de l'héroïne à la fin de l'année 2001 et en Finlande une importante cargaison de méthylfentanyl a été saisie en 2002.

Des études portant sur les héroïnomanes sous traitement indiquent de nettes différences entre les pays en ce qui concerne le mode d'administration de la drogue par voie d'injection ou par fumée. Parmi les nouvelles demandes de traitement chez les héroïnomanes, moins de la moitié déclarent actuellement une consommation par voie d'injection et, dans certains pays, ce mode d'administration semble devenir de moins en moins courant. Ailleurs, et en particulier, sans s'y limiter, dans les nouveaux États membres, la consommation de drogue par voie d'injection reste la norme chez les héroïnomanes. Les estimations globales de la prévalence de la consommation de drogue par voie d'injection s'échelonnent entre deux et six cas pour 1 000 adultes.

L'épidémie de VIH se propage dans certains des nouveaux pays de l'UE et dans les pays voisins, bien que les taux de prévalence varient considérablement dans les pays de l'UE.

En Europe occidentale, la stabilisation ou la diminution apparentes de la prévalence du VIH est menacée par des craintes liées à de nouvelles épidémies locales survenues depuis le milieu des années 90 et aux taux d'infections toujours élevés dans certaines populations.

Les taux d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) restent élevés parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe: d'après les études, entre un quart et la quasi-totalité des toxicomanes analysés présentent des anticorps au virus. Dans certains cas, une corrélation directe entre les taux d'infection par le VHC et par le VIH peut être observée. L'infection par l'hépatite B demeure également fréquente parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) en Europe, malgré la disponibilité du vaccin. À l'exception possible des pays baltes, la prévalence de la tuberculose chez les UDVI dans les pays européens reste faible, mais un fort taux d'infection est observé dans certains pays voisins de l'UE.

De manière générale, l'investissement dans les programmes d'échange de seringues (PES) pour les UDVI a manifestement augmenté dans l'ensemble de l'UE. L'Estonie et la Lettonie ont rapidement développé des services dans ce domaine, et des PES ont également été lancés en Irlande du Nord et en Flandres (Belgique). Toutefois, dans certains pays possédant des programmes bien établis, le nombre de seringues distribuées a diminué, ce qui traduit peut-être une baisse de la consommation par voie d'injection. Les principales tendances du développement de services à bas seuil s'orientent vers une meilleure intégration avec les autres services axés sur la survie, tels que les foyers d'hébergement et les centres de soins de santé primaires, et vers une plus grande souplesse des horaires d'ouverture. Des salles de consommation de drogue sont proposées dans trois États membres et, en 2004, l'OEDT a publié une étude détaillée sur ces services.

Traitement de la toxicomanie

Dans la majorité des États membres, le traitement lié à la toxicomanie implique très souvent un traitement pour opiomanie ou polytoxicomanie comprenant les opiacés. Un certain type de traitement de substitution reste l'option thérapeutique prédominante pour ce groupe, même si dans les nouveaux États membres la disponibilité du traitement de substitution est limitée et les traitements de sevrage restent courants. Il convient également de noter qu'en République tchèque, en Finlande et en Suède, les consommateurs d'amphétamines par injection représentent une proportion significative des personnes sous traitement pour toxicomanie.

Les données disponibles concernant les personnes sollicitant une assistance pour toxicomanie indiquent que les caractéristiques de ces personnes se sont diversifiées. Outre l'héroïnomanie par voie intraveineuse ou non intraveineuse, une série de problèmes de polytoxicomanie, de

consommation de cannabis et de stimulants sont signalés. En 2002, pour la première fois, l'indicateur de la demande de traitement de l'OEDT a montré que, dans les 11 pays pour lesquels des données étaient disponibles, le cannabis avait supplanté les opiacés en tant que drogue pour laquelle le plus grand nombre de patients ont été envoyés en traitement dans les centres spécialisés ambulatoires. La question de savoir dans quelle mesure cela traduit des changements dans les pratiques de signalement, l'essor des prestations de service ou des modifications des caractéristiques des personnes ayant besoin d'assistance est discutée en détail dans «Question particulière n° 2: Les problèmes liés au cannabis dans leur contexte: comprendre l'augmentation des demandes de traitement en Europe» (p. 82).

De plus en plus, on reconnaît que les services de toxicomanie doivent être intégrés aux autres prestations de soins de santé, en particulier les services qui s'adressent aux groupes marginalisés et socialement défavorisés. La prise en charge effective des personnes qui présentent à la fois une toxicomanie et des troubles de santé psychiatriques est un défi particulièrement difficile à relever. Ce thème est examiné dans «Question particulière n° 3: Comorbidité» (p. 94), consacrée à la comorbidité psychiatrique.

Drogue et prison

Les usagers de drogue sont surreprésentés en prison par rapport à la population générale. Les estimations de la prévalence de la consommation de drogue chez les détenus varient entre 22 et 86 % selon les populations carcérales, les centres de détention et les pays. En raison de la prévalence relativement élevée de la consommation de drogue par voie d'injection, les prisons constituent un lieu à haut risque pour la propagation des maladies infectieuses. Les mesures de lutte contre ces maladies ont consisté à introduire des traitements de substitution et des programmes d'échange de seringues (PES) dans les prisons. Les conséquences sanitaires de la consommation de drogue en prison, aggravées par l'accès restreint aux services et l'isolement des services de santé pénitentiaires vis-à-vis du système général de santé, sont de plus en plus souvent prises en compte dans le cadre des systèmes nationaux de santé et d'aide sociale. Les alternatives à la prison, introduites par des innovations de la politique pénale, orientent les usagers de drogue vers des traitements quasi obligatoires ou des travaux d'intérêt général dans le but que ces interventions correspondent mieux à leurs besoins.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Chapitre 1

Nouvelles évolutions en matière de politiques et de législations

Ce chapitre décrit les récentes évolutions des politiques en matière de drogue dans l'ensemble de l'UE ainsi que dans chaque État membre. Dans la plupart des cas, les informations fournies se fondent sur des changements survenus en 2003, une année qui a marqué le début de la seconde moitié du plan d'action antidrogue de l'Union européenne 2000-2004. En outre, l'année 2003 constituait l'échéance fixée aux gouvernements nationaux pour l'évaluation à mi-parcours de leur état d'avancement en matière de développement et de mise en œuvre d'une stratégie nationale antidrogue, conformément à la déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogue résultant de la session extraordinaire de 1998 de l'Assemblée générale des Nations unies (Ungass) ⁽¹⁾ concernant le problème mondial de la toxicomanie. Étant donné que le plan d'action 2000-2004 de l'UE s'achève cette année, il est opportun de considérer les progrès réalisés dans l'évaluation de cette action. L'OEDT joue un rôle important et actif dans ce processus, qui, espérons-le, facilitera une politique judicieuse en matière de drogue. C'est principalement de ce point de vue que les stratégies et les évolutions législatives au niveau national comme au niveau européen seront examinées.

Évolutions au niveau de l'UE

En 2003, deux nouveaux instruments juridiques ont été adoptés au niveau européen afin de s'attaquer au problème de la drogue. Le premier concerne la santé publique, tandis que le deuxième traite du trafic de drogues illicites. D'autres thèmes traités au niveau de l'UE en 2003 comprennent des mesures pour prendre en compte les nouvelles drogues synthétiques, la mise en œuvre des activités de coordination et les instruments et le rôle de l'OEDT.

Santé publique

Le 23 septembre 2002, le Parlement européen et le Conseil ont adopté un nouveau programme d'action communautaire en matière de santé publique (2003-2008), basé sur trois objectifs généraux: l'information en matière de santé, la capacité à réagir rapidement aux menaces pour la santé et la promotion de la santé en prenant en

compte les facteurs déterminants pour la santé. Les actions relevant de l'information et de la promotion relatives à la santé sont particulièrement pertinentes dans le domaine des drogues.

En juin 2003, le Conseil des ministres a adopté une recommandation intitulée «La prévention et la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie», un document élaboré à l'initiative de la Commission européenne en mai 2002. Ce texte constitue un progrès important: il s'agit en effet de la première recommandation de l'UE dans le domaine de la santé publique concernant les drogues. Il vise plus particulièrement à réduire les dommages pour la santé liés à la toxicomanie ⁽²⁾. Beaucoup d'États membres ont déjà tenu compte des conclusions de ce document dans leur stratégie nationale antidrogue.

Ce document recommande les objectifs suivants:

- Afin d'atteindre un haut niveau de protection de la santé, les États membres devraient faire de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques annexes un objectif en matière de santé publique, et élaborer et mettre en œuvre des stratégies globales en conséquence.
- Afin de diminuer de façon significative l'incidence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose, etc.) et le nombre de décès liés à la drogue, les États membres devraient prévoir, comme partie intégrante de leurs politiques globales de prévention et de traitement de la toxicomanie, un éventail d'interventions diverses, notamment en vue de réduire les risques.
- Les États membres devraient envisager une liste spécifiée d'actions en vue d'élaborer une évaluation pertinente destinée à accroître l'efficacité et l'efficience de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques pour la santé induits par les drogues.

Les États membres devraient transmettre un rapport à la Commission sur la mise en œuvre de cette recommandation dans un délai de deux ans à compter de son adoption et, ensuite, à la demande de la Commission. Cette démarche permettra d'effectuer le suivi de la mise en œuvre de la présente recommandation au niveau communautaire et de

⁽¹⁾ <http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm>.

⁽²⁾ Pour un aperçu général du rôle de la politique en matière de réduction des dommages, voir tableau 1 EL: Le rôle de la réduction des dommages.

prendre par la suite des mesures appropriées dans le cadre du plan d'action antidrogue de l'Union européenne.

En outre, la recommandation invite l'OEDT à apporter son soutien technique à la Commission afin de préparer un rapport, conformément au plan d'action européen en matière de drogue, en vue de réviser et de mettre à jour ladite recommandation.

Trafic de drogue

À la suite des conclusions d'une réunion extraordinaire du Conseil européen à Tampere, en Finlande, en 1999, et en réponse à la stratégie et au plan d'action antidrogue de l'UE, une proposition de décision-cadre du Conseil établissant des «dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogues illicites» a été soumise au Conseil et au Parlement européen par la Commission européenne. Le Conseil des ministres a convenu d'un accord politique en novembre 2003 concernant la première décision-cadre dans le domaine du trafic de drogue. Cette décision-cadre est considérée comme un instrument clé dans la lutte contre le trafic de drogue, à l'heure où l'harmonisation des sanctions contre les délits liés au trafic de drogue devient de plus en plus importante entre les États membres de l'Union européenne élargie.

Le principe fondamental de cette décision-cadre est que les États membres devraient pénaliser non seulement le trafic de drogue, mais également la tentative de s'y adonner, l'incitation à commettre ce délit ou le fait de s'en rendre complice. Les mesures figurant dans cette décision-cadre visent les trafiquants de drogue et les organisations criminelles ou terroristes qui tirent de leur trafic des fonds servant à financer leurs activités illégales.

Cette décision-cadre envisage l'imposition de sanctions contre ceux qui participent à une étape quelconque du trafic des substances couvertes par les conventions des Nations unies et les décisions CE: la production, l'offre de vente, le transport, la distribution et la possession ou l'achat avec intention de trafic. La décision demande aux pays de s'assurer que «les infractions [...] sont passibles de sanctions pénales incluant des peines privatives de liberté dont le maximum ne peut être inférieur à un à trois ans» ou cinq à dix ans lorsque le délit porte sur une grande quantité de drogue ou sur les substances qui sont le plus nuisibles à la santé. Le point le plus important est que cette décision-cadre établit une définition commune de ce qui est considéré comme un trafic de drogue au niveau de l'UE et fixe les sanctions recommandées pour ce délit au sein de l'UE. Pour parvenir à un accord entre les États membres, les différences entre les pays quant à la définition de ce que recouvre la «consommation personnelle» devaient être surmontées. Pour cette raison, les infractions liées à la consommation personnelle de drogue telle qu'elle est

définie par la législation nationale des États membres sont exclues de cette décision-cadre.

La décision-cadre entrera en vigueur à compter de sa date de publication au *Journal officiel de l'Union européenne*, et les États membres auront 18 mois pour prendre les mesures nécessaires afin de se conformer à cet instrument juridique.

Nouvelles drogues synthétiques

Poursuivant sa mission de contrôle des nouvelles drogues synthétiques, le Conseil des ministres a adopté en novembre 2003 une décision concernant les mesures de contrôle et les sanctions pénales relatives aux nouvelles drogues synthétiques 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 et TMA-2. Ces substances, qui ne sont pas énumérées dans les listes de la convention des Nations unies de 1971 sur les substances psychotropes, font désormais l'objet de mesures de contrôle et de sanctions pénales dans les États membres.

En octobre 2003, la Commission a soumis un projet à la décision du Conseil afin de remplacer l'action commune 1997 concernant l'échange d'informations, l'évaluation des risques et le contrôle des nouvelles drogues synthétiques⁽³⁾. Cette initiative est directement liée au résultat de l'évaluation externe de l'action commune entreprise par la Commission, tel que cela est défini dans le plan d'action de l'Union européenne sur les drogues 2000-2004. Le nouvel instrument juridique proposé vise à clarifier les définitions et les procédures et à étendre la portée de l'action tant aux nouvelles drogues synthétiques qu'aux nouveaux narcotiques.

Coordination

En novembre 2003 également, la Commission a adopté une communication sur les activités et les instruments de coordination en matière de drogue dans l'UE. Cette communication se fonde sur les résultats d'une étude organisée par l'OEDT en collaboration avec la Commission sur les dispositions et les mécanismes de coordination en place dans les États membres⁽⁴⁾. Cette communication confirme que la coordination est essentielle pour que l'UE puisse apporter une réponse effective face à la complexité du phénomène de la drogue et à ses conséquences.

Rôle de l'OEDT

Enfin, en décembre 2003, la Commission a proposé la refonte des règlements régissant l'OEDT. La proposition, qui sera débattue par le Conseil en 2004, couvre plusieurs domaines, notamment des modifications à apporter aux règlements de base, des changements destinés à renforcer le rôle de l'OEDT dans le contexte de l'apparition de nouveaux modèles de consommation de drogue et de l'élargissement de l'UE, et des modifications pour tenir compte de la contribution de l'OEDT à l'évaluation du plan d'action antidrogue de l'UE.

⁽³⁾ JO L 167 du 25.6.1997, p. 1-3.

⁽⁴⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356>.

Politiques nationales

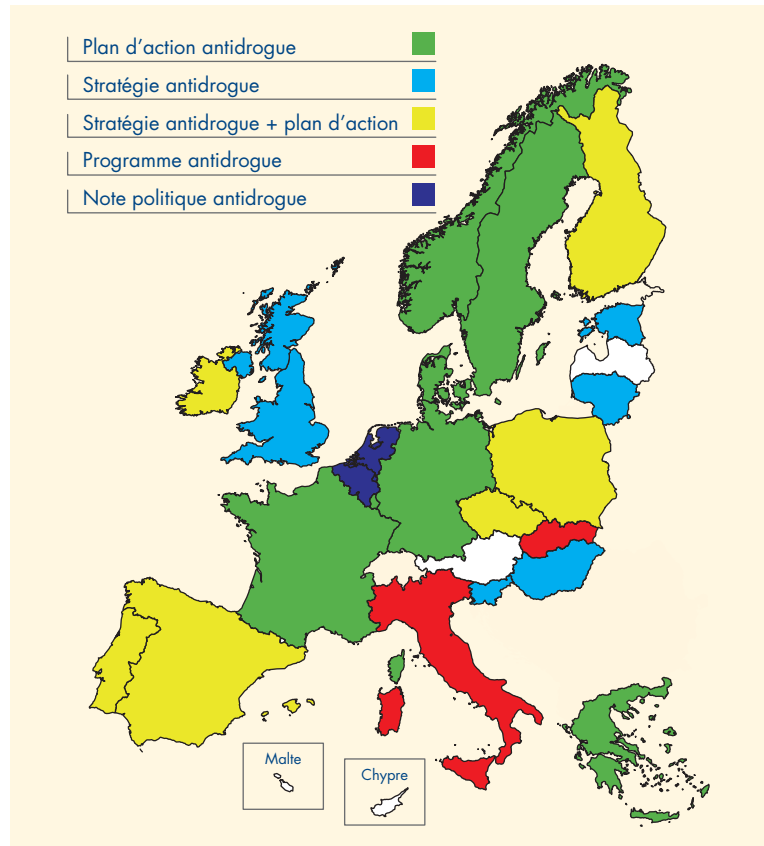
Stratégies antidrogue ⁽⁵⁾

La tendance des États membres à adopter une «stratégie nationale antidrogue», pierre angulaire de la politique de l'UE en matière de drogue, a été signalée dans le rapport annuel de l'année dernière et s'est poursuivie en 2003 (graphique 1). En 2003, des plans et des programmes antidrogue ont été adoptés au Danemark, en Allemagne, en Lituanie et en Slovaquie et, en 2004, l'Estonie et la France ⁽⁶⁾ devraient suivre, portant à 21 sur 25 le nombre total d'États membres qui mènent une politique antidrogue dans le cadre d'une stratégie nationale antidrogue globale [22 sur 26 si l'on inclut la Norvège ⁽⁷⁾] ⁽⁸⁾.

Le fait que des stratégies nationales antidrogue aient été mises en œuvre à si grande échelle sur une période relativement courte (1997-2004) ⁽⁹⁾ et à l'intérieur d'une zone géographique bien définie permet d'établir des comparaisons de ce phénomène dans les différents États membres et d'obtenir une perspective à l'échelle européenne.

Tout d'abord, il convient d'observer qu'il devient de plus en plus courant d'adopter une approche holistique de la politique antidrogue, intégrant à la fois les activités de réduction de l'offre et de la demande — ce que l'on appelle une «démarche équilibrée» ⁽¹⁰⁾. Tous les documents analysés présentent cette caractéristique. Deuxièmement, la coordination joue un rôle plus important. De plus en plus, les stratégies nationales antidrogue sont menées dans le cadre d'une coordination centrale: la plupart des pays de l'UE possèdent des organismes de coordination nationaux et des coordinateurs nationaux ⁽¹¹⁾, même s'ils sont en étroite collaboration avec les organismes régionaux et locaux. Troisièmement, on accorde plus d'attention à la réalisation d'interventions sur le terrain et au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre en tant qu'outils permettant de rendre compte des actions aux décideurs (voir la question particulière concernant l'évaluation, p. 75).

Graphique 1 — Diverses «stratégies nationales antidrogue»



NB: La distinction théorique entre une politique antidrogue, une stratégie nationale antidrogue (qui devrait identifier les principes généraux ainsi qu'un cadre et une orientation) et un plan d'action (qui traduit la stratégie en action, exposant les détails des actions particulières) n'est pas toujours établie dans les différents documents nationaux. En raison de la diversité entre les pays, nous décrivons les documents stratégiques nationaux tels qu'ils sont présentés officiellement sans tenter d'unifier les définitions ou d'établir des comparaisons.

Source: Stratégies nationales des États membres.

Toutefois, il existe des différences importantes entre les stratégies nationales antidrogue, à la fois en termes de structure et de contenu. Par exemple, le niveau de précision des détails et l'accent porté sur les actions et les objectifs varient considérablement. Certains documents sont structurés de façon à permettre un suivi des actions exposées et de la

⁽⁵⁾ Étant donné que la structure et le contenu des stratégies nationales varient considérablement selon les pays, aucune tentative n'est faite dans ce rapport pour harmoniser les définitions et les concepts. Ainsi, l'expression «stratégie nationale antidrogue» désigne tout document officiel approuvé par un gouvernement qui identifie des principes généraux et des interventions/objectifs spécifiques à réaliser (dans un délai déterminé) en matière de lutte contre la drogue, qu'il soit présenté officiellement comme une stratégie antidrogue ou comme un plan d'action, une note politique, etc. Pour plus d'informations, voir le rapport de l'OEDT *National strategies and coordination mechanisms* (Stratégies nationales et mécanismes de coordination) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>).

⁽⁶⁾ Voir l'encadré 1 EL: Stratégies nationales antidrogue récemment adoptées.

⁽⁷⁾ La Norvège, bien qu'elle ne soit pas membre de l'UE, est membre de l'OEDT. Sur les 25 États membres, seuls quatre pays ne signalent pas (encore) de stratégie nationale antidrogue proprement dite: Chypre, la Lettonie, Malte et l'Autriche. À Chypre et en Lettonie, une stratégie antidrogue est en préparation. En Autriche, chaque province possède son propre plan bien qu'il n'y ait pas de stratégie antidrogue fédérale.

⁽⁸⁾ Voir le tableau 2 EL: Stratégies nationales antidrogue actuelles dans les pays de l'UE.

⁽⁹⁾ Les Pays-Bas sont inclus dans cet intervalle de temps. Ils informent sur leur politique antidrogue dans une note intitulée «Drug policy in the Netherlands: continuity and change (1995)» [Politique antidrogue aux Pays-Bas: continuité et changement (1995)] ainsi que dans plusieurs documents de suivi (XTC 2001, Cocaïne 2002, Cannabis 2004).

⁽¹⁰⁾ Le principe d'une démarche équilibrée a été exposé dans la déclaration politique de l'Ungars en 1998: «Il conviendra d'adopter une démarche équilibrée associant réduction de la demande et réduction de l'offre, ces deux aspects se renforçant l'un l'autre, dans le cadre d'une stratégie intégrée visant à résoudre le problème des drogues.» Dans ce chapitre, aucune tentative n'est faite pour évaluer dans quelle mesure les États membres ont effectué une «démarche équilibrée»; l'on y observe simplement que cette démarche suscite un intérêt croissant.

⁽¹¹⁾ Pour plus de détails, voir <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360>.

mise en œuvre globale; tandis que d'autres sont moins détaillés, présentant les objectifs généraux sans les relier à des objectifs opérationnels, à des cibles ou à des indicateurs de performance. Les documents de politique antidrogue varient également quant à l'emploi de la terminologie: certains pays ont adopté des plans d'actions, d'autres possèdent des stratégies ou ont mis en œuvre des programmes. En effet, les différents objectifs et agendas politiques sont susceptibles de constituer une sorte de vaste tableau dans lequel plusieurs scènes sont représentées à travers l'expression «stratégie nationale antidrogue» (graphique 1). Néanmoins, bien que des termes variés soient utilisés («plans d'action», «programmes», «stratégies») ⁽¹²⁾, ils ne reflètent pas obligatoirement des différences dans les objectifs ou les agendas politiques.

Un autre aspect variable selon les États membres est la période choisie pour la stratégie nationale antidrogue. La plupart des pays ont adopté une période de 3 à 5 ans; toutefois, dans certains pays, la stratégie couvre une période de 8 à 10 ans, tandis que dans d'autres aucune période n'est indiquée (tableau 1). À cet égard, il convient d'examiner le lien entre les stratégies nationales antidrogue et le plan d'action antidrogue de l'UE.

Les différences quant au contenu peuvent refléter les différents objectifs politiques ou des différences dans les caractéristiques du phénomène de la drogue selon les pays. Nous traiterons ici de deux des principaux domaines de divergence: les substances prises en compte et le but principal des stratégies.

Tableau 1 — Périodes des «stratégies nationales antidrogue»

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Union européenne				(1)					(2)				
Belgique (2001)													
République tchèque													
Danemark (2003)													
Allemagne													
Estonie													
Grèce													
Espagne													
France			(1)					(2)					
Irlande													
Italie													
Lituanie			(1)					(2)					
Luxembourg													
Hongrie (2000)													
Pays-Bas (1995)													
Pologne			(1)			(2)							
Portugal				(1)					(2)				
Slovénie													
Slovaquie													
Finlande	(1) Pas d'indication de période				(2)								
Suède													
Royaume-Uni		(1)				(2)							
Norvège													

Les zones ombrées indiquent la période couverte par une «stratégie nationale antidrogue»: (1) et (2) indiquent les stratégies ou les plans d'action successifs.

⁽¹²⁾ Une stratégie antidrogue peut être définie comme «un thème unificateur, un cadre de détermination, de cohérence et d'orientation» et un plan d'action comme «un plan ou un programme décrivant en détail des actions spécifiques» [*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review* (Stratégies et coordination en matière de drogue dans l'Union européenne, revue descriptive), novembre 2002: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>].

Bien que les stratégies nationales antidrogue soient habituellement axées sur les drogues classées, de nombreux documents portent également sur les drogues dites «légales», principalement l'alcool et le tabac, en particulier lorsque l'on considère les domaines de l'éducation, de la prévention et du traitement (tableau 2). Dans certains pays, cette prise en compte prend la forme d'actions et de projets spécifiques, tandis que dans d'autres les drogues «légales» sont seulement mentionnées. Dans beaucoup de pays qui incluent l'alcool dans leur stratégie «antidrogue», un plan d'action national de lutte contre l'alcoolisme est également en place.

Tableau 2 — Les «drogues légales» dans les stratégies nationales antidrogue

Pays	Alcool	Tabac	Plan d'action concernant l'alcool (1)
Belgique	●	●	Non
République tchèque	●	●	Non
Danemark	–	–	Oui
Allemagne	●	●	Oui
Estonie	○	○	Oui
Grèce	●	–	–
Espagne	●	●	Non
France	●	●	Oui
Irlande	●	○	Oui
Italie	○	–	Oui
Lituanie	–	–	Oui
Luxembourg	–	–	Non
Hongrie	●	○	Oui
Pays-Bas	●	●	Oui
Pologne	○	○	Oui
Portugal	●	○	Oui
Slovénie	○	○	Non
Slovaquie	●	●	Non
Finlande	–	–	Oui
Suède	–	–	Oui
Royaume-Uni	○	○	Oui
Norvège	●	●	Oui

● Action envisagée ○ Substance mentionnée – Donnée non disponible
 (1) Base de données de l'OMS sur l'alcool (<http://www.euro.who.int/alcoholdrugs>).

Bien que tous les pays partagent les mêmes objectifs généraux (réduction de la demande, réduction de l'offre, etc.) et que le plan d'action 2000-2004 de l'UE fixe six objectifs communs (13), la façon dont les pays envisagent de les réaliser varie selon le but général de la politique antidrogue. La principale différence réside dans le fait que dans certains pays le but est d'atteindre une «société sans drogue», tandis que dans d'autres le principal objectif est de réduire les conséquences négatives des drogues pour les individus et pour la société. Toutefois, la situation n'est pas clairement définie: la majorité des stratégies nationales antidrogue combinent ces deux buts (et en ajoutent même d'autres), en donnant plus de poids à l'un ou à l'autre. Le but choisi (et l'importance que l'on accorde à sa réalisation) détermine les actions découlant des stratégies nationales antidrogue.

Tout en reconnaissant que les différences sont nécessaires pour traiter les agendas politiques particuliers ainsi que les caractéristiques et les cultures locales, des efforts considérables ont été consacrés à la coordination au niveau européen. L'adoption d'une démarche coordonnée de l'UE en matière de drogue (la stratégie de l'UE en matière de drogue et le plan d'action antidrogue 2000-2004 de l'UE), qui a été consolidée et structurée ces dernières années, devrait se poursuivre à l'avenir.

L'orientation future de la politique antidrogue dans l'UE élargie et la question de savoir si les 25 stratégies nationales antidrogue différentes (sans prendre en considération les stratégies régionales et locales) seront éventuellement reliées sous l'égide de la stratégie de l'UE restent à déterminer. Toutefois, des questions telles que les types d'instruments pouvant être pris en considération par les États membres (stratégie, programme, plan d'action), ainsi que leur durée, leurs principes constitutifs et critères, leurs principaux buts et objectifs, pourraient faire l'objet de discussions collégiales dans les États membres de l'UE.

Politiques nationales: évaluation de la législation (14)

On observe depuis quelques années une tendance croissante à évaluer ou à rendre compte de l'évaluation de nouvelles lois (concernant soit leur mise en œuvre, soit leur impact). En matière de drogue, les divers aspects des lois en matière de lutte contre la drogue sont susceptibles d'être surveillés ou évalués, notamment en ce qui concerne la loi de base interdisant l'usage ou la possession de drogue, les réponses aux infractions liées à la drogue, la lutte contre le trafic et le blanchiment d'argent. Dans certains pays, des programmes pilotes sont mis en œuvre et évalués avant que le programme ne soit appliqué à l'ensemble du pays.

(13) 1) Il conviendra de diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la prévalence de la consommation de drogues illicites ainsi que le recrutement de nouveaux consommateurs de drogues, particulièrement parmi les jeunes de moins de 18 ans; 2) Il conviendra de diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la fréquence des effets nocifs des drogues pour la santé (VIH, hépatites B et C, tuberculose, etc.) et le nombre de décès liés à la drogue; 3) Il conviendra d'augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès; 4) Il conviendra de diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la disponibilité des drogues illicites; 5) Il conviendra de diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, le nombre de crimes liés à la drogue; 6) Il conviendra de diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, le blanchiment d'argent et le trafic illicite de précurseurs.

(14) Pour une version plus exhaustive de cette section, voir l'encadré 2 EL: Politiques nationales: évaluation des lois.

Par exemple, depuis 1999, la Belgique, la République tchèque, l'Allemagne, la Hongrie, la Suède et le Royaume-Uni ont tous fait état d'une certaine forme de surveillance ou d'évaluation de différents aspects des dispositions légales de base s'appliquant aux infractions liées à l'usage ou à la possession de drogue. Cela a entraîné des changements importants dans la législation sur la drogue en Belgique, en Hongrie et au Royaume-Uni.

L'estimation de l'effet de la criminalisation a été au centre des débats et des évaluations. Parmi les initiatives en matière d'évaluation, nous mettons en exergue deux situations apparemment similaires ayant eu des issues différentes. La Hongrie et la Suède ont récemment évalué les effets dus à la criminalisation de l'usage de la drogue. En mars 1999, le code pénal hongrois a été amendé de sorte à faire de l'usage de la drogue un délit criminel et l'option consistant à exiger des délinquants de se soumettre à une thérapie a été restreinte aux toxicomanes. Cependant, des études scientifiques ultérieures ont trouvé que l'objectif consistant à réduire l'abus, la consommation et la circulation de drogues narcotiques n'a pas été atteint; le nombre de personnes essayant des drogues et le nombre de délits et de délinquants enregistrés ont continué à augmenter. En outre, le changement intervenu dans la loi a non seulement rendu la classification juridique des drogues plus difficile et les procédures juridiques plus compliquées, mais a également eu un effet négatif sur le comportement des participants au marché de la drogue. Les auteurs de l'étude sont arrivés à la conclusion que les punitions étaient trop rigoureuses et omettaient de prendre en compte le fait que les jeunes ne se droguent pas parce qu'ils ont une nature de criminel, mais en raison de leurs circonstances de vie. Par voie de conséquence, un nouvel amendement réformant les changements et tenant compte des résultats de l'étude est entré en application le 1^{er} mars 2003.

En Suède, en 2000, le conseil national pour la prévention du crime a effectué des recherches sur les effets du règlement de 1988 (renforcé en 1993) faisant du simple usage de drogue un délit. Les recherches ont montré que l'introduction du règlement avait provoqué une forte augmentation du nombre de personnes arrêtées pour des délits mineurs liés à la drogue. Bien que bon nombre de ceux qui ont été arrêtés étaient des toxicomanes notoires, certains d'entre eux étaient des utilisateurs jeunes et jusqu'à inconnus. La raison importante pour l'adoption du règlement était d'identifier les jeunes à un stade précoce dans leur carrière d'usager de la drogue, et le rapport en a conclu que cet objectif était atteint. Le rapport évoque aussi l'impact du règlement sur le marché de la drogue (qui a pris de l'ampleur). Il est parvenu à la conclusion qu'il n'existait pas d'indication claire quant à l'effet dissuasif de la criminalisation de l'usage de la drogue sur les jeunes.

En ce qui concerne d'autres types de réponses, les évaluations de différents instruments juridiques appliqués aux narcodélinquants sont ou ont été menées à bien au

Royaume-Uni, tels que les tests à la suite d'infractions de déclenchement, le recours aux tribunaux compétents en matière de toxicomanie ainsi que les programmes d'arrestation-orientation. D'autres méthodes appliquées aux narcodélinquants sont en cours d'évaluation en Allemagne (traitement au lieu de punition), en Irlande (arrestation-orientation) et aux Pays-Bas (traitement obligatoire).

Les Pays-Bas emploient également des techniques d'évaluation afin de mesurer l'efficacité de lois récentes destinées à lutter contre le trafic de drogue (détention des passeurs) et le blanchiment d'argent (contrats publics). En Suède, les directives des autorités gouvernementales exigent spécifiquement du gouvernement d'évaluer l'organisation et la mise en œuvre des forces de police dans la lutte contre le trafic de drogue. Des techniques d'évaluation ont également été employées afin d'améliorer la réponse au trafic local de drogue et à la nuisance publique, tels la coordination des réponses locales en Irlande, le pouvoir de fermer des locaux aux Pays-Bas et la capacité d'ordonner que les conducteurs repassent les tests du permis de conduire en Allemagne.

L'évaluation est clairement reconnue comme un outil gagnant en importance en ce qui concerne l'ensemble des aspects liés au problème de la drogue. Ces évaluations permettent d'évaluer l'applicabilité, l'efficacité et l'utilité des lois. En règle générale, les évaluations rapportées tendaient à renforcer la valeur de la réponse politique prise en considération. Néanmoins, la volonté de ne pas poursuivre une certaine politique, à la suite des résultats d'évaluation, comme cela s'est produit en Hongrie, illustre une nouvelle confiance dans la recherche basée sur des faits tangibles, confiance trop souvent inexistante par le passé.

Évolutions en matière de législation nationale

Législation sur le cannabis

L'année dernière, le cannabis a fait l'objet d'un reclassement dans deux pays, attirant dans les deux cas une importante couverture médiatique dont les informations n'étaient pas toutes exactes. En Belgique, un ensemble de deux lois, un décret et une directive du procureur, a entraîné plusieurs modifications du cadre juridique, dont la plus importante a peut-être été le classement des produits à base de cannabis dans une catégorie légale différente de celle des autres drogues. De nouvelles infractions ont été créées, de sorte qu'un adulte qui commet pour la première ou la deuxième fois une infraction de possession de cannabis destinée à une consommation personnelle, en l'absence d'indications de nuisance ou d'usage problématique, aura pour seules sanctions une amende et l'obligation de se déclarer auprès de la police. D'après la directive du procureur, la quantité de cannabis suffisante pour une consommation personnelle est de 3 grammes ou d'une plante au maximum. Toutefois, les nuisances peuvent être punies de trois mois à un an d'emprisonnement et/ou

d'une amende de 5 000 à 500 000 euros, et les circonstances aggravantes, telles que la possession de drogue en présence de mineurs, entraînent des condamnations sévères.

Au Royaume-Uni, le cannabis et ses dérivés ont été reclassés, passant des classes B et A respectivement à la classe C du système de classification britannique. Il en résulte que la sanction maximale imposée pour la possession de drogue pour un usage personnel est réduite de cinq à deux ans d'emprisonnement; toutefois, il est clair que toute possession de cannabis demeure une infraction pénale. Deux facteurs associés, la sanction maximale pour la possession avec l'intention de fournir de la drogue et le statut de la possession de cannabis en tant qu'infraction passible d'une arrestation, demeurent effectivement inchangés du fait d'une action législative parallèle. Cependant, les lignes directrices élaborées par l'Association britannique des chefs des services de police recommandent que la police effectue des arrestations pour possession de cannabis uniquement dans certaines circonstances, notamment le fait de fumer en public ou à proximité de mineurs. Les moins de 18 ans devraient également être arrêtés afin d'être orientés vers un traitement.

La Belgique comme le Royaume-Uni traitent de façon spécifique la consommation problématique de cannabis dans leur législation ou leurs lignes directrices; cet aspect sera débattu ultérieurement dans ce rapport.

Confiscation des biens

L'année dernière, un certain nombre de pays ont apporté des modifications à leur législation en ce qui concerne la confiscation des biens des trafiquants ou la gestion des capitaux constitués à partir de ces biens. En Irlande, une initiative du Criminal Assets Bureau (CAB — Bureau des biens d'origine criminelle) consiste à travailler conjointement avec la Garda National Drugs Unit (GNDU — Unité antidrogue de la Garde nationale) afin d'identifier et cibler les biens des dealers locaux. Au Royaume-Uni, la loi sur les revenus de la criminalité (2003) a créé une agence de recouvrement des biens, et la nouvelle législation habilite les officiers de police et des douanes à effectuer des saisies et des fouilles portant sur des numéraires. Cette loi contient des mesures qui aideront les enquêteurs à identifier l'origine des revenus de la criminalité et à enquêter sur le blanchiment de capitaux. En Écosse, les pouvoirs des organisations chargées de la répression des fraudes et des poursuites judiciaires ont été renforcés de manière à leur permettre d'augmenter les recouvrements à la fois dans les affaires pénales et au civil.

En Espagne, une nouvelle loi promulguée en 2003 et réglant les fonds saisis en provenance du trafic de drogue abroge la loi de 1995 sur cette matière. La nouvelle loi vise à accélérer le transfert des documents nécessaires à l'identification et à la localisation des biens saisis et elle étend la notion de bénéficiaires de fonds aux entités

internationales et supranationales ainsi qu'aux gouvernements étrangers. Aux Pays-Bas, une étude sur la législation concernant la confiscation a enquêté, dix ans après son entrée en vigueur, sur la nature et l'importance des biens de 52 grandes organisations criminelles qui ont été traduites en justice pendant la période. Elle a conclu que seulement 10 % de l'argent estimé acquis de façon illégale pouvait être confisqué, mais il reste difficile de prouver exactement combien d'argent a été acquis

La lutte contre le blanchiment de capitaux

Il est actuellement impossible d'estimer de façon précise les revenus mondiaux du trafic de drogue, en raison du manque de données fiables. Toutefois, un chiffre «consensuel» de 2 à 5 % du produit intérieur brut mondial a été mentionné par Europol (2002). Le trafic de stupéfiants semble être la plus grande source unique de capitaux blanchis. Le blanchiment international de capitaux implique obligatoirement un mouvement transfrontalier illicite ou inhabituel de capitaux ou de biens, tels que l'or, le platine ou les diamants (OMD, 2003c).

Des organisations criminelles russes et turques sont impliquées dans des activités de blanchiment de capitaux. Les moyens employés par les groupements criminels pour dissimuler l'origine illicite de leurs capitaux sont de plus en plus perfectionnés et comprennent souvent le recrutement de comptables et d'avocats.

Les modifications de la directive 91/308/CEE du Conseil sur le blanchiment des capitaux donnent une définition beaucoup plus large de cette activité, en se fondant sur un éventail plus important d'infractions principales et en étendant l'obligation de rapport aux juristes professionnels indépendants.

Le mandat prolongé d'Europol à compter de janvier 2002 donne à l'organisation des compétences pour toutes les opérations de blanchiment de capitaux pour lesquelles l'infraction principale est énumérée à l'annexe 2 de la convention Europol (Europol, 2002).

Interpol a mis en place un réseau d'antennes regroupant des experts dans chaque pays membre, afin que les informations sur le blanchiment de capitaux puissent être échangées plus rapidement et plus efficacement (Interpol, 2002). Le réseau douanier informatisé de lutte contre la fraude (Customs Enforcement Network, CEN) est un système électronique d'information et de communication développé par l'OMD et lancé en juin 2000. En juin 2003, on comptait plus de 700 utilisateurs représentant 130 pays et plus de 700 saisies de devises signalées. En 2002-2003, le GAFI (Groupe d'action financière internationale) a réalisé des progrès importants dans la lutte contre le blanchiment de capitaux. Le GAFI a achevé avec succès la révision des 40 recommandations (GAFI, 2003a). Une attention particulière a été portée à la lutte contre l'utilisation abusive des systèmes alternatifs de remise de fonds (GAFI, 2003b).

illégalement. Les enquêteurs recommandent d'améliorer l'expertise dans le domaine des enquêtes pénales financières. En France, une circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces datant de 2002 établit des règles opératoires précises et organise le suivi des capitaux saisis provenant du trafic de stupéfiants ou du blanchiment de capitaux en se fondant sur le constat selon lequel le fonds pour la politique antidrogue créé en 1995 n'a reçu aucun revenu substantiel.

La drogue et la conduite automobile

Trois pays de l'UE ont apporté des modifications importantes à leur législation en s'attaquant au problème de la conduite. En Autriche, en 2003, le 21^e amendement à la loi sur la circulation routière est entré en vigueur, permettant à la police de demander aux conducteurs de se soumettre à un prélèvement sanguin pour une analyse dans le cas où une diminution de la capacité à conduire en raison de l'influence de la drogue serait suspectée. Les sanctions dans le cas d'un test positif et les conséquences si le conducteur refuse de se soumettre à l'analyse sont les mêmes que dans le cas de la conduite sous l'emprise de l'alcool. En outre, en vertu de cette loi, un résultat positif à l'analyse n'aboutit pas à un rapport de police pour violation de la loi sur les stupéfiants, mais seulement à une notification aux services sanitaires de la circonscription.

En France, une nouvelle loi introduite en février 2003 fait de la conduite après la consommation de substances ou de plantes classées comme des stupéfiants une infraction particulière et rend l'analyse obligatoire pour tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation. Des sanctions beaucoup plus strictes sont

appliquées dans le cas où les drogues sont associées à l'alcool. En outre, les conducteurs impliqués dans un accident de la circulation faisant des victimes doivent subir un test de routine s'il existe des raisons de suspecter qu'ils ont consommé des stupéfiants. Par ailleurs, la gendarmerie et la police ont le droit de faire subir un test à des conducteurs choisis de manière aléatoire.

En Finlande, le chapitre 23 révisé du Code pénal stipule que toute personne découverte conduisant avec une substance narcotique active ou son dérivé métabolique dans le sang sera accusée de conduite en état d'ivresse à moins que cette substance n'ait été prescrite par un médecin. Toutefois, si la capacité de conduite est diminuée, le conducteur sera accusé de conduite en état d'ivresse même si la substance a été prescrite. Si la capacité de conduite est diminuée à tel point que la sécurité d'autrui est mise en péril, une accusation de conduite en état d'ivresse aggravée peut aboutir à une amende minimale de 60 jours-amendes ou à une peine maximale d'emprisonnement de deux ans.

En juin 2003, la base de données européenne en matière de législation sur les drogues (ELDD) a publié une étude comparative ⁽¹⁵⁾ sur la situation juridique en matière de drogue et de conduite automobile dans 16 pays et a conclu que, bien que la conduite sous l'influence de la drogue soit une infraction dans tous les pays, il existait des variations importantes concernant les pouvoirs de la police pour faire subir des tests aux conducteurs, les substances impliquées et les sanctions en place. L'OEDT a présenté cette étude au séminaire du groupe Pompidou du Conseil de l'Europe sur la circulation routière et les substances psychoactives qui s'est tenu en juin 2003.

⁽¹⁵⁾ http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.



Chapitre 2

Prévention de la toxicomanie — collaborer avec les communautés et cibler les groupes à risque

Le but des mesures de prévention de la toxicomanie est de réduire le nombre de personnes qui sont initiées à la consommation des substances ou, plus souvent, de repousser la consommation de drogue à un âge ultérieur, en réduisant ainsi, au moins, l'ampleur du phénomène de la drogue (Rhodes et al., 2003). La prévention de la toxicomanie comprend, sans s'y limiter, l'éducation concernant les drogues et l'avertissement sur leurs dangers. En fait, cet élément spécifique à la drogue ne constitue qu'un aspect limité de la prévention de la toxicomanie. Les stratégies efficaces combinent des informations sur les substances avec des techniques comportementales et cognitives sélectionnées (croyances normatives) qui ont des effets préventifs sur le comportement de consommation de drogue (Flay, 2000).

La prévention répond à une classification en fonction du groupe cible. La prévention universelle cible la population générale (habituellement jeune), par exemple en milieu scolaire, sans tenir compte des groupes à risque particuliers, tandis que la prévention sélective s'adresse aux groupes vulnérables, et la prévention indiquée vise les individus vulnérables. Toutefois, bien que la prévention en milieu scolaire constitue souvent une priorité politique, l'on est en droit de se demander si elle constitue en réalité un pilier principal de la prévention. Étant donné que les financements destinés à la prévention sont limités et ont diminué dans certains pays [par exemple, en France, le budget de la prévention de la toxicomanie (subventions du gouvernement) a chuté, passant de 15 millions d'euros en 2001 à 11 millions d'euros en 2002], il devient plus que jamais important que cette prévention soit de qualité et soit étayée par de solides données probantes. Dans l'idéal, les politiques de prévention planifiées et mises en œuvre du point de vue de la santé publique avec l'objectif de dispenser une dose de prévention universelle de base d'un bon rapport coût/efficacité (prête à l'emploi) à une large population cible devraient être complétées par des interventions plus intenses et sur mesure destinées particulièrement aux groupes et aux individus vulnérables ⁽¹⁶⁾.

Prévention universelle

Les principes et le contenu des stratégies modernes de prévention de la toxicomanie, en particulier des programmes de prévention universelle en milieu scolaire, se

fondent sur des données probantes. Les effets mesurables à long terme, même réduits (Stothard et Ashton, 2000), représentent un bénéfice considérable s'ils concernent des populations importantes. Les principes de base, ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, sont maintenant bien établis. Les éléments efficaces sont l'enseignement interactif (avec participation des pairs) (Tobler et Stratton, 1997), la correction des croyances normatives (Flay, 2000), une focalisation importante sur les compétences sociales, ainsi qu'une quantité limitée d'informations sur les substances, qui doivent être équilibrées et en rapport avec la réalité sociale des jeunes (Hansen, 1992; Dusenbury et Falco, 1995; Paglia et Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001). Or, en pratique, dans plusieurs États membres, les responsables politiques et les professionnels continuent de donner la priorité à des approches qui se sont révélées inefficaces, telles que l'éducation affective (par exemple l'augmentation de l'estime de soi), l'apport d'informations (la sensibilisation) et la réflexion.

De même, les facteurs qui contribuent à une présentation efficace ⁽¹⁷⁾ de la prévention en milieu scolaire sont également connus: une adhésion stricte à un programme scolaire établi, dispensé par des enseignants ayant suivi une formation adéquate, un contenu clairement défini et la fourniture de manuels et de documents. En outre, la prévention de la toxicomanie devrait faire partie d'une politique scolaire complète sur les drogues et la promotion de la santé (Paglia et Room, 1999; Chinman et al., 2004). Toutefois, en réalité, on peut discerner trois stratégies distinctes, qui ne sont que rarement associées. Dans la première stratégie, la prévention est dispensée par le biais de grands programmes nationaux (République tchèque, Irlande, Lituanie, Pays-Bas) ou par une série de programmes approuvés (Grèce, Espagne, Hongrie, Suède). Une autre démarche est axée sur la formation des enseignants (Belgique francophone, certaines régions d'Allemagne, Autriche, Royaume-Uni), dans l'espoir que les enseignants intégreront le message de prévention aux activités scolaires quotidiennes. Enfin, certains pays (par exemple le Portugal, la Finlande) optent pour des réseaux d'écoles chargées de la promotion de la santé. Il n'y a qu'en Espagne et en Irlande que les trois approches sont appliquées en cohésion dans l'ensemble du pays ⁽¹⁸⁾.

La prévention universelle en dehors du milieu scolaire ⁽¹⁹⁾ cherche généralement à atteindre les jeunes de trois

⁽¹⁶⁾ Voir le graphique 1 EL: Plans nationaux spécifiant le contenu et les stratégies de prévention.

⁽¹⁷⁾ Voir le graphique 2 EL: Modes de présentation de la prévention en milieu scolaire.

⁽¹⁸⁾ Voir le tableau 3 EL: Synthèse des paramètres de la prévention en milieu scolaire.

⁽¹⁹⁾ Voir le graphique 3 EL: Prévention destinées aux jeunes hors milieu scolaire.

manières principales: en proposant des activités de loisir en tant qu’alternative, telles que l’animation socio-éducative de groupes de jeunes, les activités d’aventure et créatives (Grèce, Espagne, Lettonie, Luxembourg, Royaume-Uni), par le biais du travail avec les jeunes dans le sport et les clubs sportifs, afin d’engager les jeunes dans des normes, des comportements et des attitudes relevant du groupe protecteur (Allemagne, Italie, Finlande), ou au moyen de techniques de proximité (Danemark, Autriche, Pologne, Portugal, Norvège). Le travail de prévention hors du milieu scolaire a un potentiel immense pour identifier les jeunes gens à risque et cibler les groupes vulnérables, mais ce potentiel n’est exploité que dans quelques États membres (Irlande, Hongrie, Pays-Bas, Autriche et Royaume-Uni).

Prévention sélective

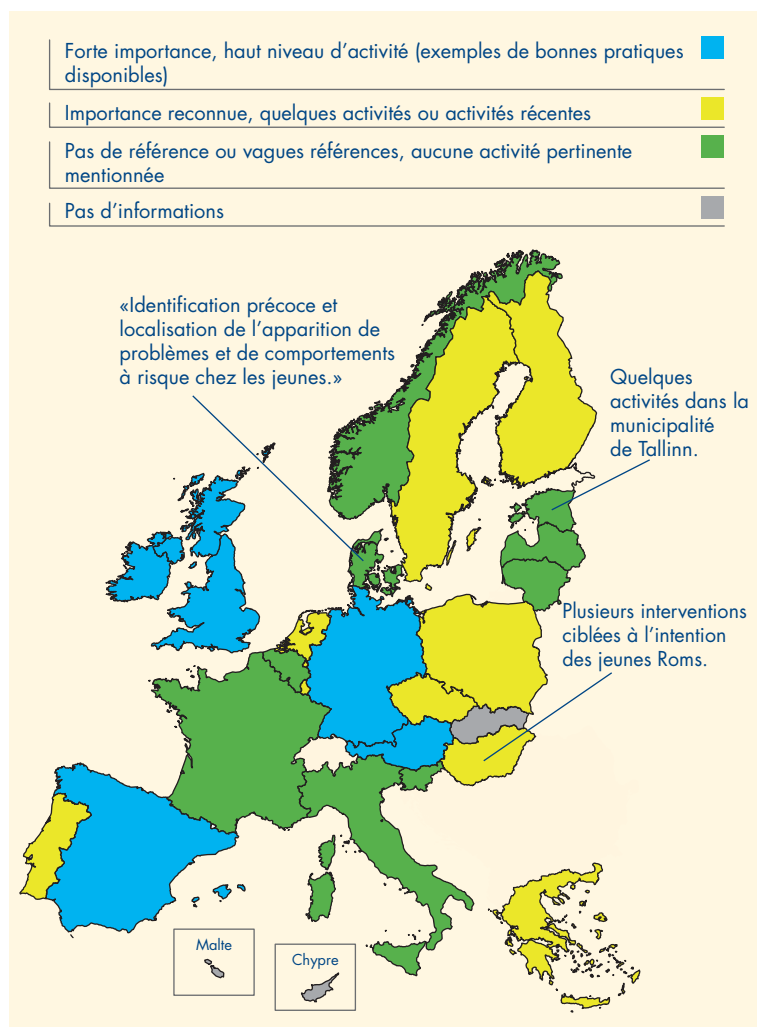
Contrairement à la prévention universelle axée sur de faibles doses dispensées à grande échelle, les politiques de prévention sélective se concentrent sur des personnes ou des groupes vulnérables. La prévention sélective utilise les travaux de recherche existant (idéalement locaux) sur les facteurs de risque, les groupes vulnérables et le voisinage problématique pour cibler les solutions sur les cas dans lesquels le risque de dériver vers la toxicomanie est le plus élevé. La prévention sélective fait l’objet d’un intérêt croissant dans certains pays, tels que la Finlande et la Suède, en raison de l’augmentation de la consommation de loisir de cannabis et d’alcool (voir le chapitre 3), mais elle est encore limitée à quelques États membres (graphique 2), principalement ceux qui possèdent déjà des politiques stratégiques en matière de prévention universelle. Il est essentiel de disposer d’un solide fondement théorique et d’une évaluation, de façon que la sélection des groupes ou des zones cibles soit étayée par des données de recherche et que les objectifs des interventions puissent être définis et mis en relation. Par exemple, en Hongrie, plusieurs interventions sont axées sur les populations Roms et utilisent des approches basées sur des groupes de pairs. La prévention dans les lieux de divertissement en tant que sous-ensemble spécifique de la prévention sélective est décrite au chapitre 4.

Progrès récents dans l’Union européenne élargie...

En Grèce, au Portugal et en Suède, les politiques de prévention ont évolué vers des concepts modernes et une clarification des structures; par exemple, la prévention en milieu scolaire est mieux définie qu’autrefois. Les programmes destinés aux jeunes enfants en maternelle et à l’école primaire se sont développés, en particulier en Grèce et en Autriche.

Généralement, parmi les États membres, les politiques de prévention qui sont soumises à des systèmes de contrôle de la qualité (graphique 3) présentent également un haut niveau de structuration [par exemple, la prévention est dispensée par le biais de programmes perfectionnés ⁽²⁰⁾] et

Graphique 2 — États membres dans lesquels la prévention sélective (ciblant des populations ou des zones vulnérables) est mentionnée dans les stratégies et mise en œuvre



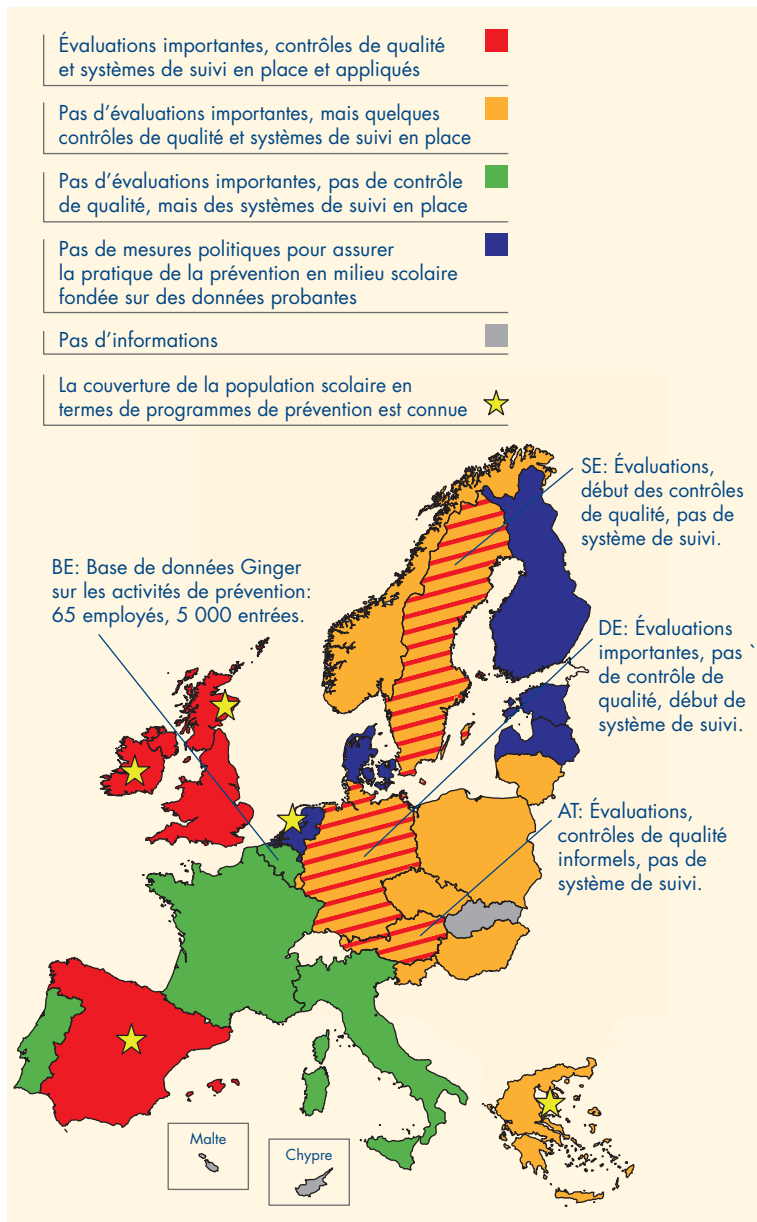
Sources: Rapports nationaux Reitox et *Report on selective prevention in the EU* (Rapport sur la prévention sélective dans l’UE) (<http://www.emcdda.eu.int/multimedia/?nnodeid=1569>).

accordent plus d’attention à la prévention sélective (voir le graphique 2). Les facteurs clés pour comparer les politiques de prévention européennes sont la qualité (données probantes portant sur les concepts), la structure (comment et par qui la prévention est dispensée) et la couverture (taille de la population touchée).

Des systèmes et des normes de contrôle de la qualité existent en République tchèque, en Lituanie, en Slovénie et en Suède, tandis qu’en Allemagne et au Portugal de nouveaux systèmes de suivi des interventions de prévention sont maintenant opérationnels ou en cours de mise au point. De plus en plus, les éléments concrets des interventions de prévention sont définis et recommandés dans les stratégies nationales, par exemple la promotion des compétences sociales et de prise de décision et l’accroissement de l’estime de soi en Lituanie et en Suède.

⁽²⁰⁾ Voir le graphique 1 EL: Plans nationaux spécifiant le contenu et les stratégies de prévention.

Graphique 3 — États membres dans lesquels le contrôle de qualité, le suivi et l'évaluation de la prévention en milieu scolaire sont considérés comme une priorité et sont pratiqués



Source: Rapports nationaux Reitox.

La couverture de la prévention en milieu scolaire, exprimée en tant que proportion d'élèves exposés à la prévention universelle, peut être mesurée uniquement pour la prévention fondée sur un programme, et une couverture étendue constitue un objectif pour certaines stratégies (Espagne, Irlande, Royaume-Uni). Dans toutes les *Comunidades Autónomas* d'Espagne, la proportion des populations scolaires exposées à des programmes de prévention approuvés et recommandés a encore augmenté, et dans d'autres États membres (République tchèque, Grèce, Norvège), la couverture a récemment été évaluée. Grâce à

ces évolutions, dans beaucoup d'États membres, les actions de prévention de la toxicomanie, qui étaient auparavant caractérisées par une «faible focalisation (interventions en majorité non spécifiques et peu de documents de prévention adéquats), une faible intentionnalité (faible niveau de formation des professionnels travaillant dans ce domaine), de faibles anticipation et évaluation (peu de recherches et manque de procédures d'évaluation), une faible continuité (fréquentes interventions ad hoc) et de faibles coordination et participation (manque de coordination concernant les activités mises en œuvre)» (rapport national portugais), s'améliorent peu à peu.

... et progrès réduits

Dans certains États membres, les progrès sont lents et les concepts non fondés sur des données probantes prédominent encore. Les raisons de cet état de choses sont l'inertie, l'importance excessive accordée aux approches médicales et orientées vers la dépendance, un défaut d'appréciation de l'importance des influences sociales et une focalisation sur les variables personnelles. En outre, dans certains pays, le manque de normes aboutit au fait que la prévention relève uniquement de la compétence des professionnels locaux de la santé ou des enseignants, dont les connaissances sur la prévention fondée sur des données probantes sont souvent limitées, ce qui a pour résultat que la prévention se situe au niveau des opinions et des croyances populaires. Par ailleurs, dans certains États membres (par exemple le Danemark, l'Estonie, la France, la Lettonie et certaines régions de Belgique, d'Allemagne et d'Italie), la prévention en milieu scolaire est encore largement fondée sur l'apport d'informations par le biais de brochures, de séminaires sporadiques, de journées d'action et d'expositions, de réunions, de conférences ou de visites d'experts.

Il existe des faits, quoique limités (Flay, 2000), qui prouvent qu'une prévention réussie en milieu scolaire doit être intégrée à un programme scolaire de promotion de la santé et à une politique scolaire de lutte contre la drogue, et qu'elle doit aborder les aspects de la vie sociale et de la communauté (Paglia et Room, 1999). Toutefois, l'utilisation à tort et à travers d'expressions telles que la «promotion d'un mode de vie sain», les «approches holistiques» et la «prévention intégrale» cachent souvent l'absence d'une base solide pour les politiques de prévention et le peu d'engagement en faveur de la prévention fondée sur des données probantes. Il n'y a pas eu de progrès manifeste en matière de prévention familiale. En tant que composante de la prévention universelle, la prévention familiale reste limitée à des soirées de parents ou à des groupes parentaux (par exemple en Allemagne, en Grèce, en Suède); ce n'est qu'en Espagne, en Irlande, en Pologne, en Suède et au Royaume-Uni qu'elle forme une composante de la prévention sélective (c'est-à-dire concentrée sur les familles à risque) ⁽²¹⁾.

⁽²¹⁾ Voir le tableau 4 EL: Résumé des paramètres de prévention essentiels.



Chapitre 3

Cannabis

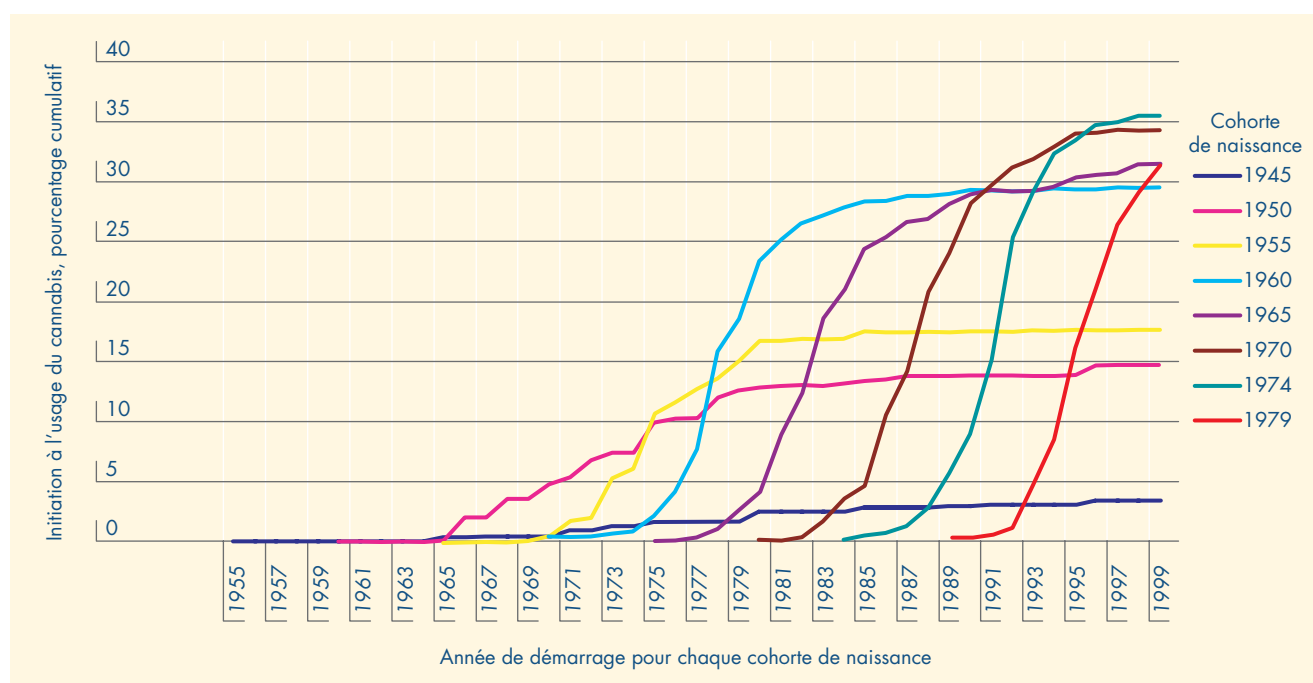
Dans tous les pays de l'UE, le cannabis est la substance illicite la plus couramment consommée, bien qu'il y ait des variations considérables entre les pays. La consommation de cannabis chez les jeunes s'est répandue dans certains pays européens au cours des années 70, et elle s'est étendue aux autres pays de l'UE au cours des années 70 et 80 (graphique 4 — un exemple en Espagne). La consommation généralisée de drogue est un phénomène plus récent dans les nouveaux pays de l'UE.

Prévalence et modèles

L'usage de la drogue au sein de la population générale est évalué par le biais de sondages qui fournissent des

estimations concernant la proportion de la population ayant eu recours à la drogue sur des périodes définies de temps ⁽²²⁾. D'après de récentes enquêtes auprès de la population, une proportion significative des adultes européens (entre 15 et 64 ans) ont essayé cette substance au moins une fois: de 5 à 10 % en Belgique, en Estonie, en Hongrie et au Portugal, jusqu'à 24 à 31 % au Danemark, en Espagne, en France et au Royaume-Uni. À titre de comparaison, selon l'enquête nationale sur l'abus de drogue menée auprès des ménages aux États-Unis en 2002, 40 % des adultes (12 ans et au-delà) ont déclaré avoir consommé du cannabis ou de la marijuana au moins une fois, et 11 % ont signalé en avoir consommé au cours des 12 derniers mois (Samhsa, 2002) ⁽²³⁾.

Graphique 4 — Modèles changeants de répartition de l'initiation à la consommation de cannabis par cohortes de naissance — l'exemple de l'Espagne



NB: Données basées sur l'enquête nationale de 1997 sur la toxicomanie (n = 12 515; 15-64 ans) et enquête nationale de 1999 sur la toxicomanie (n = 12 488; 15-65 ans). Cohortes de naissance sélectionnées uniquement s'il n'existe pas de différences significatives entre les enquêtes et les échantillons rassemblés pour une cohorte de naissance d'un an.

Source: Kraus L. et Augustin R., *Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain*. Dans le rapport de l'OEDT CT.00.EP.14, *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected* (Mise en œuvre technique et mise à jour de la banque de données de l'UE sur les enquêtes sur la toxicomanie auprès des populations nationales et réalisation d'une analyse conjointe des données recueillies).

⁽²²⁾ Voir les notes méthodologiques sur les sondages de population dans le bulletin statistique 2004.

⁽²³⁾ Il convient de noter que la tranche d'âge utilisée dans l'enquête des États-Unis (12 ans et au-delà) est plus large que celle utilisée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15-64 ans).

D'après les enquêtes, la consommation de cannabis se concentre chez les jeunes adultes (entre 15 et 34 ans), et en particulier chez les 20-30 ans. Les taux de consommation du cannabis sont notablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les enquêtes nationales indiquent également que la consommation est plus courante dans les zones urbaines ou dans les zones à forte densité de population. Certaines différences nationales observées pourraient en partie refléter des variations dans le niveau d'urbanisation.

Le nombre de lycéens de 15 à 16 ans qui perçoivent le cannabis comme une substance que l'on peut facilement ou très facilement se procurer est invariablement beaucoup plus élevé que le nombre de ceux qui déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie ⁽²⁴⁾, mais ces deux mesures présentent les mêmes variations géographiques. Les différences entre les pays sont considérables. D'après des enquêtes récentes auprès de lycéens de 15 ans, la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis s'échelonne entre moins de 10 % en Grèce, à Malte, en Suède et en Norvège et plus de 30 % en République tchèque, en Espagne, en France et au Royaume-Uni ⁽²⁵⁾. Les taux de prévalence les plus élevés sont relevés chez les garçons en Angleterre (42,5 %), avec des taux légèrement inférieurs (38 %) chez les filles du même pays. La différence entre les garçons et les filles en matière de consommation du cannabis varie également entre les pays et tend à être moins prononcée en Europe du Nord. Par exemple, en Suède, les taux de prévalence au cours de la vie s'élèvent à 7,7 % pour les garçons et 6,6 % pour les filles, tandis que les chiffres correspondants pour la Grèce atteignent 8 % et 2,7 %.

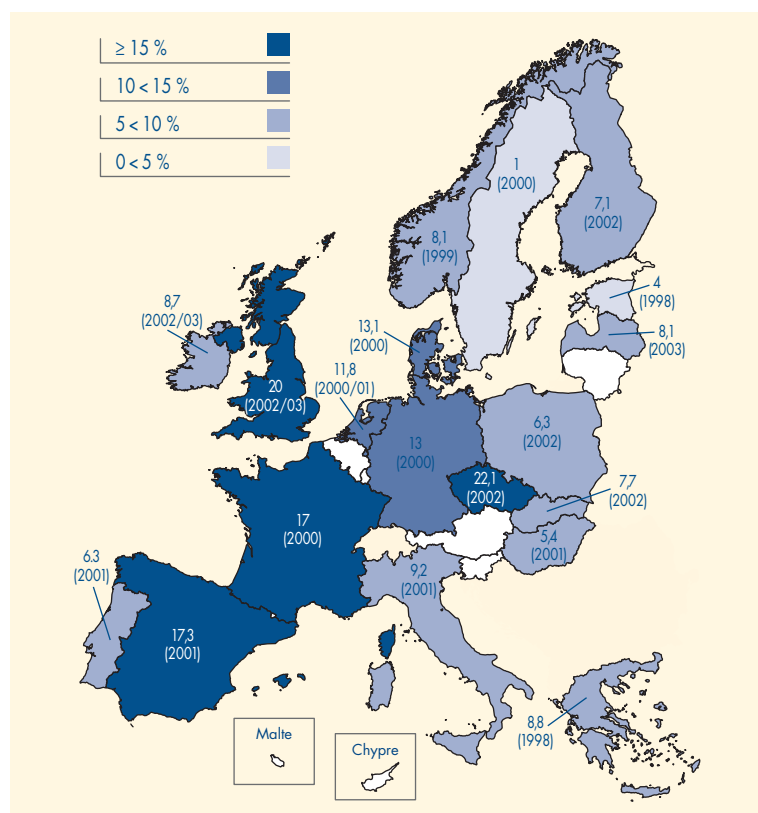
Une grande proportion de la consommation de cannabis tend à être occasionnelle ou discontinue après quelque temps. Dans la plupart des pays de l'UE, seuls 20 à 40 % de l'ensemble des adultes qui ont déjà essayé le cannabis déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois, et seuls 1 à 10 % d'entre eux reconnaissent en avoir consommé au cours des trente derniers jours.

La consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois est plus élevée chez les jeunes adultes (15-34 ans) que dans l'ensemble de la population adulte, s'échelonnant dans la plupart des pays entre 5 et 20 % (graphique 5).

Dans l'Union européenne, une proportion réduite mais significative et constante (environ 15 %) des lycéens de 15 ans qui ont consommé du cannabis au cours de l'année précédente déclarent en avoir consommé au moins à 40 reprises (considérés comme des «grands consommateurs»). Le graphique 6 montre que les lycéens ont deux fois plus de chances d'être de grands consommateurs que les lycéennes. Chez les garçons, la proportion de «grands consommateurs» s'échelonne entre moins d'1 % dans la plupart des États qui bordent la mer

Baltique (Estonie, Lettonie, Lituanie, Finlande et Suède) et 5 à 10 % en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, en Irlande, en Slovaquie et au Royaume-Uni. À titre de comparaison, le pourcentage se situe entre 0 % et 4,6 % au maximum pour les lycéennes. L'impact des modèles de «grande consommation» de cannabis sur les problèmes de santé et l'augmentation de la demande de traitement sont abordés dans la question particulière concernant les problèmes liés au cannabis dans leur contexte (p. 82) ⁽²⁶⁾.

Graphique 5 — Consommation récente (au cours de la dernière année) de cannabis chez les jeunes adultes (15-34 ans), mesurée à l'aide d'enquêtes auprès de la population nationale



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays, excepté en ce qui concerne la France où la petite taille des échantillons a empêché l'utilisation de l'enquête effectuée en 2002, de sorte que les données présentées ici datent de 2000. Pour consulter le nombre de personnes interrogées par tranche d'âge, voir «Enquête PG Tbl. 4» dans le bulletin statistique 2004.

Toutes les données ne correspondent pas exactement à la tranche d'âge standard de l'OEDT (pour le Danemark et le Royaume-Uni, elle est de 16 à 34 ans, pour l'Estonie, la Hongrie et l'Allemagne, de 18 à 34 ans). Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer sensiblement sur les disparités nationales. Dans certains pays, les chiffres ont été recalculés au niveau national afin de refléter les définitions de l'OEDT.

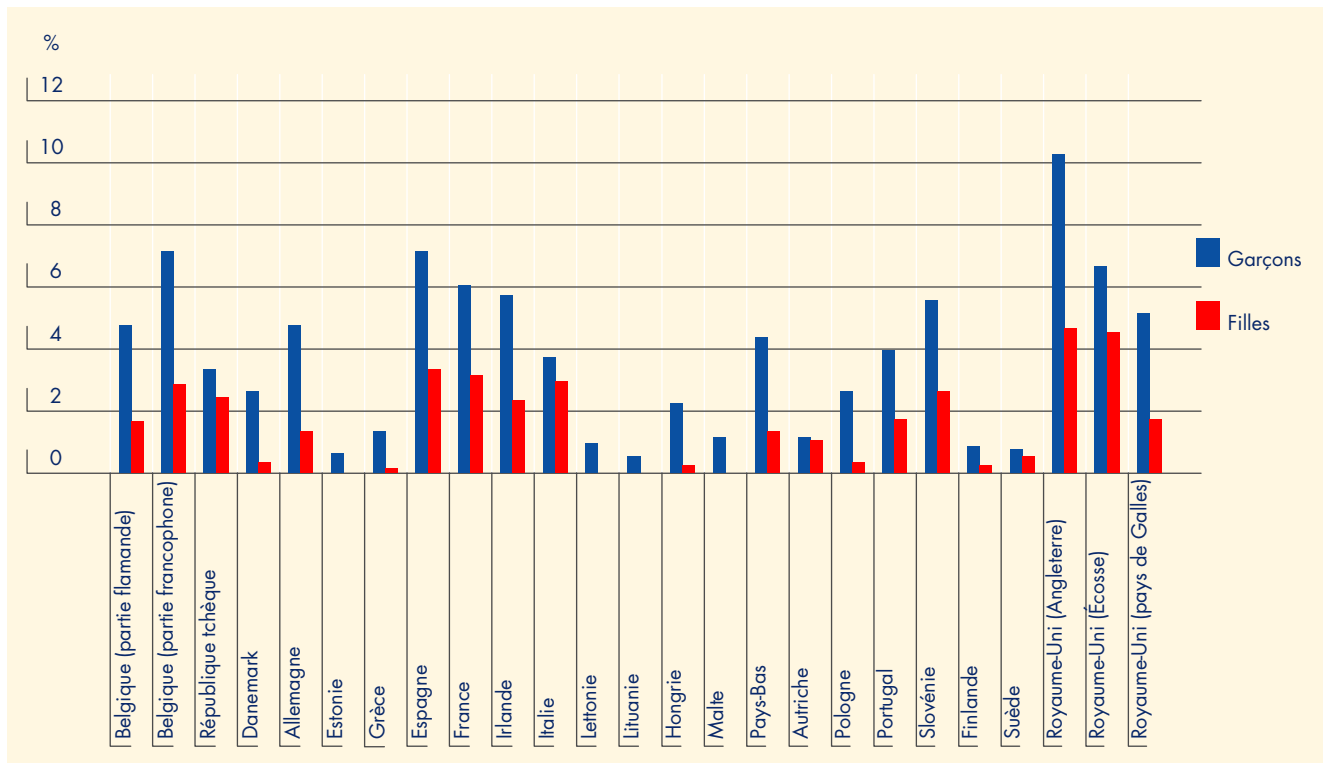
Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également les tableaux concernant les enquêtes auprès de la population dans le bulletin statistique 2004.

⁽²⁴⁾ Voir *Prévalence_Tbl. 2* dans le bulletin statistique 2004.

⁽²⁵⁾ *Ibid.*

⁽²⁶⁾ Voir également le graphique 4 El: Fréquence relative de l'usage du cannabis parmi les écoliers âgés de 15 ans au cours de la dernière année.

Graphique 6 — Prévalence de la «grande» consommation de cannabis chez les lycéens de 15 ans par sexe en 2001-2002



NB: La «grande» consommation de cannabis est définie comme une consommation à 40 occasions ou plus au cours de l'année précédente. Allemagne: uniquement échantillon régional. Portugal: comparabilité limitée en raison de la taille des échantillons et de l'âge.

Source: Currie, et al. (2004), *HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey*.

Tendances

Le manque de séries d'enquêtes cohérentes portant sur le long terme dans la plupart des pays de l'UE limite la possibilité de dégager des tendances en matière de drogue. Néanmoins, d'après différents types d'enquêtes (nationales, locales, auprès d'appelés et en milieu scolaire), presque tous les pays de l'UE font état d'une nette augmentation de la consommation de cannabis au cours des années 90, en particulier chez les jeunes. Dans certains cas, ces augmentations ont suivi une diminution de la consommation au cours des années 80 ⁽²⁷⁾.

Si un grand nombre de pays signalent une augmentation constante de la consommation de cannabis ces dernières années, quatre autres États (Pays-Bas, Finlande, Suède et Norvège) font état d'une stabilisation de la consommation chez les lycéens, les appelés et les adolescents au cours des deux à quatre dernières années. Les résultats du rapport de l'enquête ESPAD 2003 en milieu scolaire qui seront prochainement disponibles fourniront une description plus détaillée des tendances chez les lycéens de l'UE ⁽²⁸⁾.

En conclusion, la consommation de loisir et occasionnelle du cannabis a considérablement augmenté au cours des

années 90 dans bon nombre de pays européens, mais elle semble aujourd'hui se stabiliser, du moins dans certains pays. La consommation actuelle a probablement également augmenté, en particulier chez les jeunes.

Saisies et informations concernant le marché

En 2002, le cannabis était toujours la drogue illicite la plus produite et la plus sujette au trafic de drogue. Toutefois, étant donné que la production de cannabis s'étend au monde entier et en l'absence de systèmes de contrôle, il reste difficile d'estimer la quantité produite (ONUDD, 2003a; CND, 2004).

Production et trafic

Depuis quelques années, le Maroc constitue la première source mondiale de résine de cannabis, devant l'Afghanistan et le Pakistan. On relève également des sources dans d'autres pays d'Asie centrale, dans la Fédération de Russie, au Liban et en Albanie (ONUDD, 2003a). En 2002, le Maroc demeure le pays le plus cité en tant que source de résine de cannabis, devant l'Albanie et

⁽²⁷⁾ Voir le graphique 5 EL: Évolution de la consommation de cannabis chez les jeunes dans quelques pays de l'UE, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population.

⁽²⁸⁾ Voir l'encadré 3 EL: Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues.

L'interprétation des données de saisies et de marché

Le nombre de saisies de drogue dans un pays est généralement considéré comme étant un indicateur indirect de l'offre et de la disponibilité des drogues, même s'il reflète également les ressources, les priorités et les stratégies en matière d'application des lois, ainsi que la vulnérabilité des trafiquants à la répression. Les quantités saisies sont susceptibles de fluctuer de façon plus prononcée d'une année à l'autre, par exemple lorsqu'au cours d'une année donnée certaines des saisies représentent un volume très important. C'est pourquoi le nombre de saisies est considéré par plusieurs pays comme étant un meilleur indicateur de tendances. Dans tous les pays, le nombre de saisies comprend un grand nombre de petites saisies au niveau de la vente. Lorsqu'elles sont connues, l'origine et la destination des drogues saisies constituent des indicateurs en ce qui concerne les filières du trafic et les zones de production. Le prix et la pureté des drogues à la vente sont signalés par la plupart des États membres. Cependant, les données proviennent d'une série de sources différentes qui ne sont pas toujours comparables ou fiables, rendant ainsi les comparaisons précises entre pays difficiles.

l'Inde, mais 31 autres pays ont également été signalés en tant que sources, ce qui confirme l'ampleur du trafic et l'importance du nombre de pays sources (CND, 2004). En 2003, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et le gouvernement du Maroc ont mené une première enquête sur la production du cannabis au Maroc. Celle-ci a révélé que 27 % des terres arables dans la région du Rif étaient consacrées à la culture du cannabis, ce qui correspond à une production potentielle de 3 080 tonnes métriques de résine de cannabis en 2003 (ONUDD et gouvernement du Maroc, 2003). La majeure partie de la résine de cannabis consommée dans l'UE provient du Maroc; elle est passée en contrebande principalement par la péninsule Ibérique, bien que les Pays-Bas constituent un important centre de distribution secondaire pour un transport ultérieur vers les autres pays de l'UE (Bovenkerk et Hogewind, 2002; rapports nationaux, 2003).

Les pays producteurs d'herbe de cannabis sont éparpillés dans le monde entier. De façon générale, les pays producteurs les plus mentionnés au niveau mondial en 2001 étaient l'Albanie, la Colombie, l'Afrique du Sud, la Fédération russe, la Jamaïque et les Pays-Bas. Excepté en Europe, la majeure partie du trafic d'herbe de cannabis a lieu à l'échelle régionale, c'est-à-dire qu'elle est produite et consommée localement ou dans des pays voisins (ONUDD, 2003a). Selon les rapports, le cannabis sous forme d'herbe saisi dans l'Union européenne en 2002 provient de divers pays, principalement des Pays-Bas et d'Albanie (CND, 2004; OICS, 2004a), mais également d'Asie (Thaïlande), d'Afrique (Malawi, Afrique du Sud, Nigeria, Angola) et des

Amériques (Mexique, Jamaïque, États-Unis) (rapports nationaux Reitox, 2003).

La culture et la production locales de cannabis sont pratiquées dans la plupart des États membres de l'UE. On peut considérer les saisies de plantes de cannabis dans l'UE (voir tableau 3) comme un indicateur de la culture locale de cannabis, même si, dans certains cas, les plantes de

Tableau 3 — Saisies de plantes de cannabis dans les pays de l'UE et en Norvège en 2001

Pays	Nombre de saisies	Quantités saisies: nombre de plantes (en kg lorsque le nombre de plantes n'est pas disponible)
Belgique	n.c.	n.c.
République tchèque (¹)	n.c.	343
Danemark (¹)	n.c.	230
Allemagne	785	68 696
Estonie	24	6 043
Grèce	n.c.	18 821
Espagne	n.c.	(3 907 kg)
France	681	(41 kg)
Irlande	20	365
Italie	n.c.	3 219 414
Chypre (¹)	n.c.	274
Lettonie (¹)	n.c.	(72,7 kg)
Lituanie	n.c.	n.c.
Luxembourg	2	11
Hongrie	n.c.	n.c.
Malte	n.c.	n.c.
Pays-Bas	n.c.	884 609
Autriche	120	(36 kg)
Pologne (¹)	n.c.	2 550
Portugal	64	3 807
Slovénie	426	1 925
Slovaquie (¹)	n.c.	535
Finlande	612	(16 kg)
Suède	51	(3 kg)
Royaume-Uni (²)	1 875	71 507
Norvège	n.c.	(17 kg)

(¹) Interpol (2003), *National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001*, Interpol, Lyon.

(²) Corkery, J.M. et Airs, J. (2003), «Seizures of drugs in the UK 2001», *Findings*, n° 202, RDS-Home Office, Londres.

NB: n.c. = données non communiquées (non disponibles).

Source: Points focaux nationaux Reitox; sauf: notes 1 et 2.

cannabis saisies peuvent être en transit en provenance d'un autre pays. En Belgique, ces dernières années, la culture du cannabis est devenue très répandue dans l'ensemble du pays. En République tchèque, les premiers exemples de culture hydroponique du cannabis à grande échelle — se substituant à la culture domestique en extérieur destinée à «l'autoconsommation» — ont été découverts en 2002. En Estonie, le nombre de plantations de cannabis découvertes a augmenté en 2002 et certaines grandes plantations ont été identifiées. En Hongrie, d'après les rapports, l'herbe de cannabis est cultivée sur une zone encore plus importante. Dans l'ensemble de l'UE, la plupart des plantes de cannabis sont saisies en Italie, devant les Pays-Bas où le nombre de plantes saisies chaque année augmente depuis 1988. Ce phénomène est aussi la conséquence d'une approche intégrée multiagences réussie au niveau local (à savoir coopération étroite au niveau des autorités locales, des compagnies d'électricité, des services des impôts, etc.). On estime que, si la moitié voire les trois quarts du cannabis consommé aux Pays-Bas provient de la culture locale (le *nederwiet*), les Pays-Bas deviennent moins importants en tant que source de cannabis destiné à l'exportation vers d'autres pays qu'en tant que pays de transit pour le cannabis étranger, en particulier en raison de l'augmentation de la culture dans d'autres pays de l'UE.

Saisies

Dans le monde entier, au total, 1 039 tonnes de résine de cannabis et 3 800 tonnes d'herbe de cannabis ont été saisies en 2002. L'Europe et l'Asie demeurent les principaux lieux de saisie de résine de cannabis, représentant respectivement 70 % et 23 % des quantités saisies, tandis que les saisies d'herbe de cannabis ont été concentrées dans les Amériques (70 %) et en Afrique (19 %) (CND, 2004). En termes de nombre de saisies comme de quantités saisies, le cannabis est la drogue la plus saisie dans tous les pays de l'UE, à l'exception de la Lettonie où le nombre de saisies d'héroïne est supérieur. La plupart des saisies de cannabis dans l'UE sont effectuées par le Royaume-Uni, devant l'Espagne et la France (29). Toutefois, sur les cinq dernières années, en termes de quantités, l'Espagne a représenté plus de la moitié de la quantité totale saisie dans l'UE. Au niveau de l'EU, le nombre de saisies de cannabis (30) a subi des fluctuations, avec une tendance à la hausse depuis 1997, tandis que les

quantités (31) saisies sont en diminution depuis 1999. Après une baisse en 2001, dans l'Union européenne, les nombres de saisies, comme les quantités saisies — d'après les tendances des pays pour lesquels les données sont disponibles —, ont de nouveau augmenté en 2002.

Certains pays ont investi dans de nouvelles technologies visant à améliorer l'efficacité des activités de lutte contre le trafic de cannabis. Par exemple, l'Espagne a récemment développé le système intégré de surveillance extérieure (SIVE) — actuellement en service dans la région d'Algeciras et dans certaines des îles Canaries —, conçu pour aider à détecter en temps réel à la fois la contrebande de cannabis et l'immigration illégale (32).

Prix et puissance

En 2002, dans l'Union européenne, le prix moyen au détail de la résine de cannabis variait entre 2,7 euros (Espagne) et 21,5 euros (Norvège) par gramme, tandis que le prix de l'herbe de cannabis s'échelonnait entre un peu moins de 2 euros (Estonie et Espagne) et 14 euros (Lettonie) par gramme (33). Au cours de la période 1997-2002, les prix moyens de la résine de cannabis sont restés stables ou ont légèrement baissé dans la plupart des pays de l'UE — sauf au Luxembourg, où une légère augmentation a été signalée pendant cette période. En 2002, une tendance similaire a été rapportée dans tous les pays à l'exception de l'Allemagne, de la France, de la Lettonie, de la Lituanie et des Pays-Bas, où le prix de la résine de cannabis vendue dans la rue a augmenté. Sur la même période de cinq ans, le prix de l'herbe de cannabis est également resté stable ou a baissé dans la plupart des pays, bien que la Belgique, la République tchèque, la Lituanie et le Luxembourg aient signalé une augmentation. En 2002, le prix de l'herbe de cannabis a augmenté en Allemagne, en Lettonie et en Lituanie, tandis qu'il est resté stable ou a diminué dans les autres États membres.

La puissance des produits à base de cannabis est déterminée par leur teneur en Δ^9 -tétrahydrocannabinol (THC), le principal élément actif (OEDT, 2004c). En 2002, d'après les rapports des pays pour lesquels des données étaient disponibles, les produits à base de cannabis — la résine (34) et l'herbe (35) — vendus au détail présentaient une teneur moyenne en THC qui variait entre moins d'1 % et 15 %.

(29) Ces informations doivent être vérifiées par rapport aux données manquantes de 2002 lorsqu'elles seront disponibles. Les données concernant le nombre de saisies de cannabis n'étaient pas disponibles pour l'Italie, la Hongrie, la Pologne et la Slovaquie; les données concernant à la fois le nombre de saisies de cannabis et les quantités saisies en 2002 n'étaient pas disponibles pour Chypre, Malte, les Pays-Bas, la Slovaquie et le Royaume-Uni.

(30) Voir *Marchés_Tbl. 1* dans le bulletin statistique 2004.

(31) Voir *Marchés_Tbl. 2* dans le bulletin statistique 2004.

(32) Voir <http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp>.

(33) Voir *Marchés_Tbl. 14* dans le bulletin statistique 2004.

(34) Voir *Marchés_Tbl. 15* dans le bulletin statistique 2004.

(35) Voir *Marchés_Tbl. 16* dans le bulletin statistique 2004.



Chapitre 4

Stimulants de type amphétamines, LSD et autres drogues synthétiques

Ce chapitre analyse la consommation d'une série de drogues produites de manière synthétique. Certaines d'entre elles, telles que les amphétamines, sont consommées depuis longtemps en Europe. D'autres, telles que le groupe de l'ecstasy, n'ont commencé que récemment à être consommées couramment pour leurs propriétés psychoactives. Ce chapitre aborde également les efforts entrepris pour identifier l'émergence de toutes les nouvelles drogues synthétiques dans les milieux européens.

Les amphétamines sont le terme générique désignant l'amphétamine, la métamphétamine et un certain nombre d'autres substances moins connues, qui stimulent toutes le système nerveux central. Parmi ces substances, l'amphétamine est de loin la plus fréquemment disponible en Europe. Sur le plan mondial, le niveau de consommation de la métamphétamine est en augmentation et suscite de grandes inquiétudes, étant donné que cette drogue est associée à une série de graves problèmes de santé. À ce jour, en Europe, seule la République tchèque semble présenter une consommation significative de métamphétamine, bien que des rapports sporadiques soulèvent la crainte que cette drogue ne gagne du terrain dans d'autres pays.

Le groupe de l'ecstasy, que l'on appelle parfois le groupe des entactogènes, comprend des substances de synthèse qui sont apparentées chimiquement aux amphétamines mais qui diffèrent dans une certaine mesure en matière d'effet. La substance la plus connue du groupe de l'ecstasy est la 3,4-méthylène-dioxy-métamphétamine (MDMA), mais on trouve parfois d'autres analogues apparentés dans les comprimés d'ecstasy.

La prévalence globale de la consommation d'ecstasy, d'amphétamines et de LSD dans la population générale est faible, mais une analyse plus fine révèle que la prévalence chez les tranches d'âge jeunes est beaucoup plus élevée et que la consommation de ces drogues peut être particulièrement importante dans certains lieux sociaux et/ou dans certains groupes sous-culturels.

Prévalence et modèles de consommation

Traditionnellement, après le cannabis, les amphétamines constituent la substance illicite la plus couramment utilisée, bien que la prévalence globale soit nettement inférieure (graphique 7). Toutefois, dans plusieurs pays dans lesquels des enquêtes ont été effectuées à plusieurs reprises (par

exemple l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, la Finlande et le Royaume-Uni), on a découvert que la consommation d'ecstasy avait atteint ou dépassé l'usage des amphétamines ces dernières années ⁽³⁶⁾. En outre, dans certains autres pays (République tchèque, Irlande, Portugal), des enquêtes récentes, bien que ne faisant pas partie d'une série, indiquent que la consommation d'ecstasy est relativement élevée.

D'après des enquêtes récentes, la prévalence au cours de la vie de la consommation d'amphétamines parmi la population adulte en général (15-64 ans) varie entre 0,5 et 6 % dans les États membres de l'UE, à l'exception du Royaume-Uni où elle atteint pas moins de 12 %. L'ecstasy a été essayée par environ 0,5 à 7 % de la population.

La consommation récente (prévalence au cours des 12 derniers mois) d'amphétamines ou d'ecstasy chez les adultes est généralement inférieure à 1 %, bien que les chiffres concernant les deux substances soit quelque peu supérieurs en République tchèque, en Espagne, en Irlande (enquête 1998) et au Royaume-Uni; en outre, la consommation récente d'amphétamines est supérieure à la moyenne au Danemark et à la consommation récente d'ecstasy aux Pays-Bas.

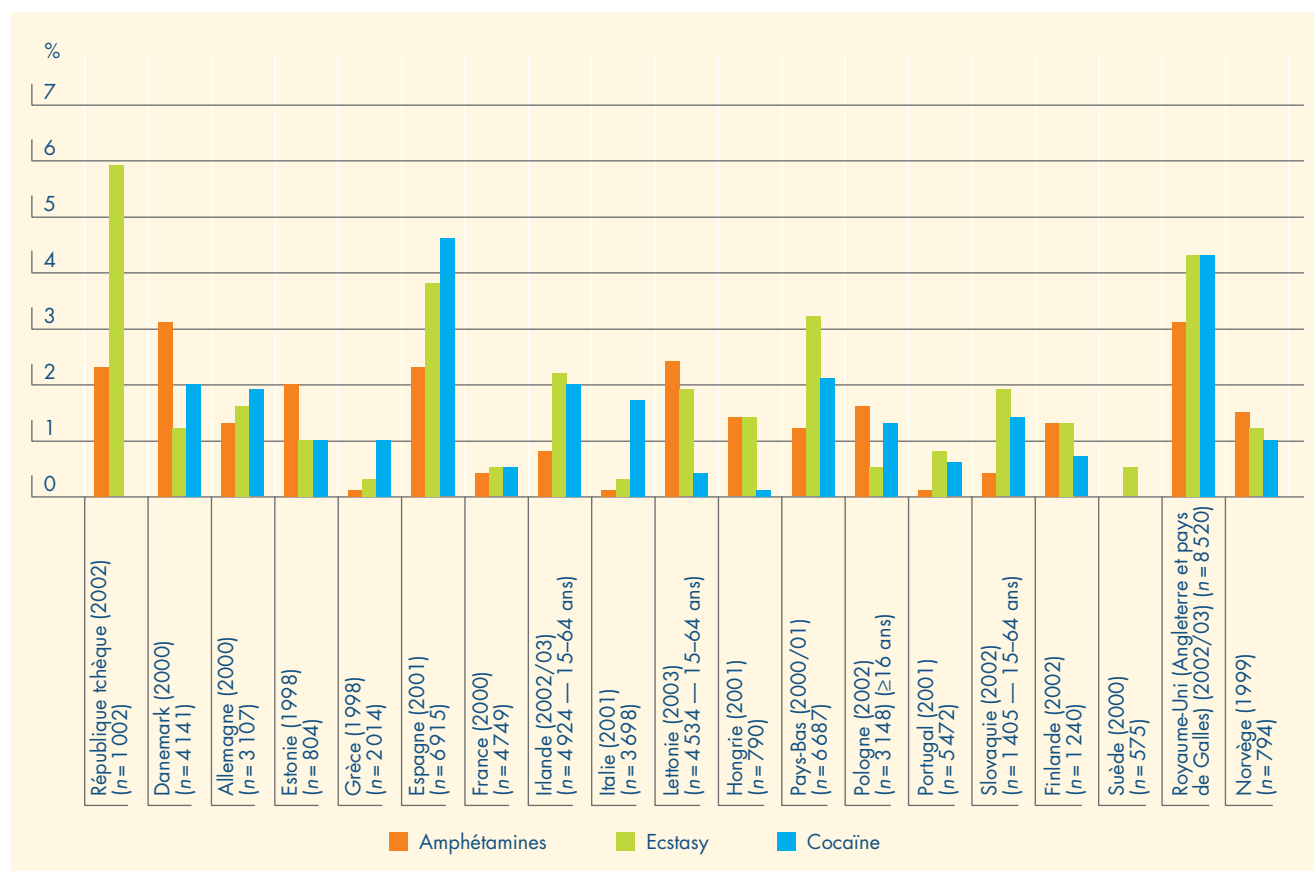
Sur l'ensemble de la population, la consommation d'amphétamines et d'ecstasy est un phénomène qui concerne principalement les jeunes. La prévalence au cours de la vie chez les jeunes adultes (15-34 ans) varie entre 2 et 11 % et la prévalence de la consommation récente s'échelonne entre 0,5 et 6 %. Les enquêtes nationales font état d'une prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans atteignant 11 à 17 % en République tchèque, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, et de taux de consommation récente entre 5 et 13 % en République tchèque, en Espagne, en Irlande (1998), en Lettonie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Ces chiffres seraient probablement encore plus élevés si l'on prenait en compte uniquement les populations urbaines (graphique 8).

La consommation d'ecstasy a généralement augmenté au cours des années 90. Si cette consommation est peut-être encore en augmentation chez les jeunes, sa forte hausse parmi la population générale semble se stabiliser, du moins pour l'instant.

À titre de comparaison, selon l'enquête nationale sur l'abus de drogue menée auprès des ménages aux États-Unis en

⁽³⁶⁾ Voir le graphique 6 EL: Évolution de la consommation récente (au cours de l'année précédente) d'amphétamines et d'ecstasy chez les jeunes adultes (15-34 ans) au Royaume-Uni (*British Crime Survey*, enquête sur la criminalité en Grande-Bretagne).

Graphique 7 — Consommation récente (dernière année) d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne parmi les jeunes adultes (15-34 ans), mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays, excepté en ce qui concerne la France où la petite taille des échantillons a empêché l'utilisation de l'enquête effectuée en 2002, de sorte que les données présentées ici datent de 2000 (voir «Enquête PG Tbl. 4» dans le bulletin statistique 2004).

Les échantillons (n) se réfèrent au nombre de personnes interrogées dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans. Pour consulter les échantillonnages comportant le nombre de personnes interrogées pour les enquêtes complètes, voir «Enquête PG Tbl. 4» dans le bulletin statistique 2004.

Toutes les données ne correspondent pas exactement à la tranche d'âge standard de l'OEDT (pour le Danemark et le Royaume-Uni, elle est de 16 à 34 ans, pour l'Allemagne, l'Estonie et la Hongrie, de 18 à 34 ans). Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer sensiblement sur les disparités nationales. Dans certains pays, les chiffres ont été recalculés au niveau national afin de refléter les définitions de l'OEDT.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également les tableaux concernant les enquêtes auprès de la population dans le bulletin statistique 2004.

2001, la consommation d'ecstasy au cours de la vie chez les adultes (définis comme les personnes de 12 ans et au-delà) concernait 4,3 % d'entre eux et 9 % déclaraient avoir déjà consommé des stimulants (dont 5,3 % signalaient avoir consommé de la métamphétamine). 1,3 % déclaraient avoir consommé récemment de l'ecstasy (au cours des 12 derniers mois) et 1,4 % des stimulants (y compris 0,7 % qui déclaraient avoir consommé de la métamphétamine) ⁽³⁷⁾.

Enquêtes et études concernant les jeunes

Les données comparables concernant les jeunes s'appuient largement sur les enquêtes en milieu scolaire axées sur les lycéens de 15 à 16 ans.

Les données issues des enquêtes en milieu scolaire portant sur les années 2001-2002 montrent que la prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy chez les lycéens de 15 à 16 ans est stable ou en diminution dans six États membres (Belgique, République tchèque, Espagne, Italie, Hongrie et Suède). La consommation d'ecstasy au cours de la vie dans ces pays s'échelonnait entre 1 et 4,7 % ⁽³⁸⁾.

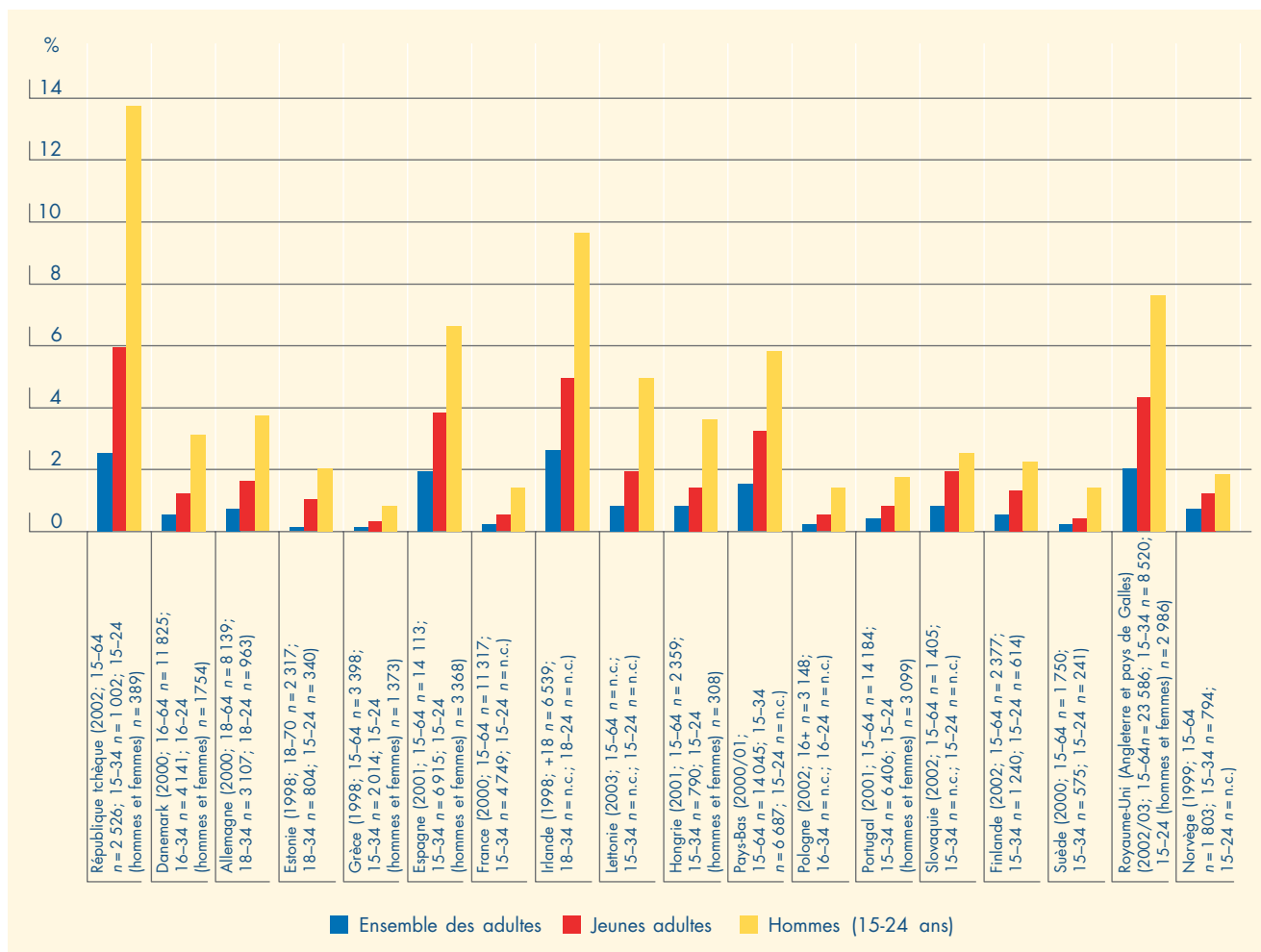
Une augmentation de 1 % de la prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy chez les lycéens de 15 à 16 ans a été signalée en Angleterre (5 %). Le prochain rapport de l'European School Survey Project (ESPAD, projet européen d'enquête en milieu scolaire) ⁽³⁹⁾ fournira des

⁽³⁷⁾ Résultats de l'enquête nationale 2002 auprès des ménages des États-Unis sur l'abus de drogue et statistiques sur la santé [Administration des services de santé mentale et de toxicomanie (Samhsa), Office des études appliquées]. Disponibles sur le site web de la Samhsa (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). Il convient de noter que la tranche d'âge utilisée dans l'enquête des États-Unis (12 ans et au-delà) est plus large que celle utilisée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15-64 ans).

⁽³⁸⁾ Voir Prévalence_Tbl. 1 dans le bulletin statistique 2004.

⁽³⁹⁾ Encadré 3 EL: Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues.

Graphique 8 — Consommation récente (dernière année) d'ecstasy chez les adultes (âgés de 15-64 ans), les jeunes adultes (âgés de 15-34 ans) et les hommes plus jeunes (âgés de 15 à 24 ans), mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays, excepté en ce qui concerne la France où la petite taille des échantillons a empêché l'utilisation de l'enquête effectuée en 2002, de sorte que les données présentées ici datent de 2000. Toutes les données ne correspondent pas exactement à la tranche d'âge standard de l'OEDT (pour le Danemark et le Royaume-Uni, elle est de 16 à 34 ans, pour l'Estonie, la Hongrie et l'Allemagne, de 18 à 34 ans). Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer sensiblement sur les disparités nationales. Dans certains pays, les chiffres ont été recalculés au niveau national afin de refléter les définitions de l'OEDT.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir «Enquête PG Tbl. 3 et 4» dans le bulletin statistique 2004.

données importantes concernant les tendances d'autres États membres de l'UE depuis 1995 et 1999.

Dans tous les pays qui ont fourni de nouvelles données pour les années 2001/2002 ⁽⁴⁰⁾ à l'exception de la Hongrie, la prévalence au cours de la vie de la consommation d'amphétamines chez les lycéens de 15 à 16 ans est restée stable ou a diminué.

Généralement, la prévalence au cours de la vie et la consommation intensive de stimulants de type amphétamines sont toutes deux plus élevées chez les garçons que chez les filles, sauf en République tchèque, où les enquêtes en milieu scolaire de l'ESPAD comme de l'OMS ont révélé une prévalence au cours de la vie de la consommation de métamphétamines (principalement de *pervitin*) plus élevée chez les filles. Cela corrobore les résultats des enquêtes

portant sur les jeunes qui fréquentent les centres de traitement de la toxicomanie en République tchèque: plus de la moitié des patients adolescents en demande de traitement pour des problèmes dus à la consommation d'un stimulant (principalement le *pervitin*) sont des filles, contrairement aux tranches d'âge de 20 ans et au-delà parmi lesquelles on compte deux fois plus de patients masculins. Aucune explication n'a été avancée jusqu'ici face à ce phénomène touchant les adolescents, mais il indique le besoin de surveiller avec attention la situation en ce qui concerne les femmes et la consommation de stimulants de type amphétamines.

D'après de récentes études menées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, la consommation d'ecstasy reste beaucoup plus courante chez ceux qui fréquentent les soirées (dansantes) que parmi la population générale (Deehan et

⁽⁴⁰⁾ Voir Prévalence_Tbl. 1 dans le bulletin statistique 2004.

Saville, 2003; Ter Bogt et Engels, 2004). Les données sur la fréquence de consommation d'ecstasy et les quantités consommées sont limitées, mais les informations disponibles indiquent que les modèles de consommation sont très variables. Par exemple, une enquête de 2001 sur les visiteurs des soirées «raves» aux Pays-Bas a révélé que plus de la moitié d'entre eux (58 %) avaient consommé de l'ecstasy au cours du mois précédent. Sur ces personnes, 17 % — définies comme des «consommateurs actuels d'ecstasy» — reconnaissaient consommer de l'ecstasy «plusieurs fois par semaine» et 22 % en consommaient à une fréquence hebdomadaire. Un sur trois (32 %) consommait de l'ecstasy «plusieurs fois par mois». Concernant les tendances futures, d'après le rapport espagnol, l'association entre la consommation d'ecstasy et des types particuliers de musiques ou de manifestations pourrait s'atténuer et la drogue pourrait devenir moins importante dans l'identification de groupes particuliers.

En dépit des inquiétudes répandues concernant les drogues stimulantes et la conduite automobile, une étude toxicologique espagnole menée en 2002 sur les décès dus à des accidents de la circulation a identifié l'ecstasy chez seulement 0,4 % des 1 441 conducteurs qui faisaient l'objet de l'enquête.

Décès liés à l'ecstasy

Les décès mettant en cause l'ecstasy sont rares en comparaison de ceux qui sont dus aux opiacés, mais ils suscitent de sérieuses inquiétudes, probablement en raison du jeune âge des victimes et de l'issue totalement inattendue. Il convient de définir plus clairement le terme de «décès lié à l'ecstasy». Actuellement, il pourrait signifier que la substance a été mentionnée sur le certificat de décès où qu'elle a été décelée à l'analyse toxicologique (souvent en association avec des opiacés, de l'alcool, de la cocaïne ou d'autres drogues).

Les données figurant dans les rapports Reitox de 2003 suggèrent que les «décès liés à l'ecstasy» sont très rares dans la plupart des pays de l'UE et que les décès dans lesquels l'ecstasy était apparemment directement en cause sont encore plus rares (deux en Autriche, deux en France, dont l'un dû uniquement à l'ecstasy, dix-neuf en Allemagne, dont huit sont attribués à l'ecstasy uniquement, un en Grèce et deux à Amsterdam, dont l'un associé à l'alcool), même si les procédures de signalement ne sont pas homogènes. Le Royaume-Uni a signalé 55 décès mettant en cause l'ecstasy en 2001, ce qui constitue une augmentation par rapport au chiffre de 16 en 1998. Une étude britannique fondée sur une série de 202 cas signalés entre 1996 et 2002 dans le cadre du programme national de lutte contre les décès liés à la toxicomanie a également révélé une augmentation des

décès liés à l'ecstasy entre 1996-1997 (12 cas) et 2001-2002 (72 cas), l'ecstasy étant la seule drogue mentionnée dans 17 % des cas (Schifano et al., 2003). Le nombre relativement élevé de décès liés à l'ecstasy au Royaume-Uni peut être dû à une prévalence réellement plus élevée de la consommation d'ecstasy, mais également à de meilleures procédures de suivi et d'analyse.

Les urgences hospitalières peuvent également être considérées comme un indicateur des problèmes de santé directement liés à la consommation de substances. Une augmentation modérée des urgences liées à l'ecstasy et aux amphétamines a été signalée en Espagne entre 1996 et 2001 ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾; les autres pays ne collectent pas de données nationales systématiques provenant des services d'urgence et des augmentations similaires n'ont pas été signalées.

Une étude britannique qui estimait le risque de décès lié à l'ecstasy en prenant en compte le nombre de consommateurs a révélé une fourchette très large (0,2 à 5,3 pour 10 000 consommateurs) et a souligné le besoin d'améliorer à la fois la définition des décès liés à l'ecstasy et celle des populations à risque de référence (Gore, 1999; Schifano et al., 2003).

Certains décès dus à l'ecstasy peuvent être évités par des mesures relativement simples, telles que l'amélioration de la ventilation, la fourniture d'accès à l'eau et l'encouragement d'un comportement plus sûr à travers un travail d'éducation en matière de santé. D'autres décès semblent être dus à de rares réactions idiosyncratiques à la drogue. De telles réactions imprévisibles sont difficiles à prévenir; aussi les possibilités d'intervention, hormis celle qui consiste à apporter une assistance médicale, sont-elles limitées.

Interventions dans les lieux de divertissement

La prévention dans les lieux de divertissement est probablement la forme spécifique de prévention sélective la plus établie. Dans certains États membres ⁽⁴³⁾, les contenus, les lignes directrices et les services proposés existent depuis un certain temps. On note une légère augmentation des activités de prévention, en particulier dans les nouveaux États membres ⁽⁴⁴⁾.

Les interventions vont des mesures axées sur l'abstinence, telles que la campagne suédoise de l'été 2003 intitulée «Il y a tant de raisons pour ne pas essayer les drogues» (qui avait pour but de renforcer la détermination de ceux qui étaient déjà opposés aux drogues et de persuader les indécis de choisir la bonne voie), au contrôle des pilules pour les consommateurs dans certains pays (voir l'étude ci-dessous) ⁽⁴⁵⁾. Toutefois, récemment, les approches structurelles ont gagné en importance dans un nombre

⁽⁴¹⁾ En Espagne, les urgences hospitalières dues à des réactions directement liées à des substances psychoactives font l'objet d'un suivi depuis plusieurs années dans des hôpitaux sélectionnés dans tout le pays, sur une période d'une semaine sélectionnée au hasard chaque mois. Les «mentions» de ces substances sont consignées. Pour obtenir des détails sur la méthodologie, voir le rapport national Reitox 2003 (p. 34-36).

⁽⁴²⁾ Voir le graphique 7 EL: Proportion des mentions de substances lors des épisodes d'urgence hospitalière dus à une réaction directement liée aux drogues, Espagne, 1996-2001.

⁽⁴³⁾ Voir le graphique 8 EL: Importance accordée dans les États membres aux solutions de prévention dans les lieux de divertissement.

⁽⁴⁴⁾ Voir le tableau 5 EL: Paramètres de synthèse concernant la prévention sur les lieux de divertissement.

⁽⁴⁵⁾ Voir également le graphique 8 EL: Importance accordée dans les États membres aux solutions de prévention dans les lieux de divertissement.

croissant d'États membres, en particulier les pays nordiques (principalement en ce qui concerne l'alcool) et l'Italie. Ces approches se fondent sur le développement de stratégies de coopération conjointe, avec la participation des restaurants, des discothèques et des bars, de la police, des services de prévention de la toxicomanie, des syndicats de salariés de la restauration et des administrations. Elles sont généralement axées sur les questions de sécurité, les premiers secours, la surveillance et la prévention des urgences et de la violence liées à la drogue. Des personnels sont formés pour identifier les situations à risque et intervenir d'une manière professionnelle.

Au Danemark, un projet de développement sur la prévention de l'ecstasy dans deux «comtés modèles» était axé sur les interventions de prévention au niveau municipal (élaboration de plans d'action et de politiques antidrogue locaux), en milieu scolaire et dans le milieu des soirées. Les interventions comprenaient la production d'un «guide de tolérance zéro» pour les drogues dans les lieux de vie nocturne et d'un site web contenant des documents de référence. La direction et le personnel des restaurants ont reçu une formation sur la façon de gérer le problème de la drogue. Les premiers rapports indiquent que les services consacrés spécifiquement à l'ecstasy, par exemple une ligne d'assistance téléphonique et des services de conseil, n'ont suscité qu'un faible intérêt. Il y a eu peu d'admissions aux urgences hospitalières ou dans les centres de traitement.

Une récente étude austro-germano-hollandaise (Benschop et al., 2002) ⁽⁴⁶⁾ a analysé l'impact des services de contrôle des pilules sur le comportement de consommation de drogue et la conscience du risque qu'ont les consommateurs d'ecstasy dans trois villes européennes (Amsterdam, Hanovre et Vienne). Les personnes interrogées dans les trois villes étaient extrêmement semblables: les différences entre ceux qui utilisent les services de contrôle de pilules et ceux qui ne les utilisent pas étaient réduites. La source d'information la plus fréquente sur l'ecstasy est constituée par les pairs, les médias et les magazines de société ne jouant qu'un rôle mineur. Les consommateurs informent leurs amis sur les résultats des contrôles. Ce moyen de diffusion informel est considéré comme un avantage caché du contrôle des pilules: il élargit le champ d'action de la prévention et abaisse le seuil de contact avec les services de prévention. Les consommateurs et les non-consommateurs semblent évoluer dans des réseaux sociaux séparés et ne se mélangent pas, même lorsqu'ils participent aux mêmes manifestations (par exemple les soirées). L'étude n'a pas décelé de signes indiquant que le contrôle des pilules stimule la consommation d'ecstasy ou qu'il élargit le milieu des consommateurs d'ecstasy.

Traitement

La consommation de stimulants de type amphétamines (STA) est rarement la principale raison de la fréquentation d'un

centre de traitement de la toxicomanie. Toutefois, il existe des exceptions notables: 52 % des patients en République tchèque, 35,3 % en Finlande et 29 % en Suède déclarent que les STA sont la raison principale de leur demande de traitement. En République tchèque, la plus grande demande de traitement provient des consommateurs de *pervitin* ⁽⁴⁷⁾: environ un tiers sont des adolescents (de moins de 20 ans) dont la moitié sont des filles. En Finlande comme en Suède, les amphétamines ont joué historiquement un rôle important dans la définition du problème national de la toxicomanie, et dans une certaine mesure cela reste le cas aujourd'hui.

Saisies et informations concernant le marché ⁽⁴⁸⁾

Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2003a), la production de STA — «drogues synthétiques qui englobent l'amphétamine, la métamphétamine et l'ecstasy, chimiquement apparentées» — est difficile à quantifier, car elle s'effectue avec «des produits chimiques qu'il est facile de se procurer et dans des laboratoires qu'il est facile de dissimuler». Toutefois, la production mondiale annuelle de STA est estimée à environ 520 tonnes (ONUDC, 2003b). Les saisies mondiales de STA ont atteint leur plus haut niveau en 2000, s'élevant à 46,2 tonnes, et ont diminué depuis à 25,7 tonnes en 2002 (CND, 2004).

Métamphétamine

Au niveau mondial, la STA la plus importante en termes de quantités fabriquées et vendues illicitement est la métamphétamine. Les plus grandes quantités sont saisies en Asie orientale et du Sud-Est (Chine, Thaïlande), suivies par l'Amérique du Nord (ONUDC, 2003a). La production de métamphétamine en Europe s'effectue à une échelle beaucoup plus réduite: sur la période 2000-2001, seuls 2 % des laboratoires clandestins de métamphétamine démantelés dans le monde entier se trouvaient en Europe — principalement dans la Fédération de Russie, en République tchèque et en Slovaquie. Au sein de l'UE, une production mineure de métamphétamine a également été signalée en Belgique, en Allemagne, en Estonie, en France, en Lettonie, en Lituanie et au Royaume-Uni (ONUDC, 2003a,b). En République tchèque, une production de métamphétamine a également été signalée depuis le début des années 80; la plupart des produits sont destinés à la consommation locale, bien qu'une partie de cette production soit exportée en contrebande vers l'Allemagne et l'Autriche (ONUDC, 2003a). Bien que les données relatives aux saisies de métamphétamine ne fassent pas l'objet d'une collecte systématique par l'OEDT, la République tchèque, le Danemark, l'Estonie, la Lituanie, la Suède et la Norvège ont indiqué dans leurs rapports avoir procédé à de telles saisies en 2002.

⁽⁴⁶⁾ Dans EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

⁽⁴⁷⁾ Le *pervitin* est le nom local d'un type de métamphétamine fabriqué illégalement en République tchèque. Il est consommé depuis longtemps et s'administre principalement par injection. Sa fabrication peut avoir un lien avec l'industrie licite de l'éphédrine (enquête mondiale de l'ONUDC sur l'ecstasy et les amphétamines, 2003).

⁽⁴⁸⁾ Voir chapitre 3, encadré «L'interprétation des données de saisies et de marché», p. 31.

En 2002, à l'exception d'une période en début d'année lors de laquelle le prix a augmenté en raison d'une pénurie de son précurseur (l'éphédrine), le prix moyen de vente au détail du *pervitin* en République tchèque est resté relativement stable, à 32 euros par gramme. D'après les rapports, le degré de pureté moyen au niveau de la vente au détail serait de 40 %.

Amphétamines

Lorsqu'on se fonde sur le nombre de laboratoires démantelés, la production mondiale d'amphétamines reste concentrée en Europe. En 2002, des laboratoires ont été découverts aux Pays-Bas et en Pologne, et quelques-uns également en Allemagne, en Estonie, en France et en Lituanie ⁽⁴⁹⁾ (rapports nationaux Reitox, 2003; CND, 2004). Les pays de provenance des amphétamines saisies dans l'UE en 2002 étaient les Pays-Bas et la Pologne, et dans une moindre mesure la Belgique, l'Estonie et la Lituanie.

De même, la plupart des saisies d'amphétamines sont effectuées en Europe occidentale. Cette sous-région représentait 86 % du volume total d'amphétamines saisies dans le monde entier en 2002, l'Europe de l'Est représentant 10 % et les pays du Proche- et du Moyen-Orient 3 % (CND, 2004). Sur les cinq dernières années, le pays ayant saisi le plus d'amphétamines dans l'UE a été le Royaume-Uni ⁽⁵⁰⁾. Au niveau de l'UE, la tendance à la hausse du nombre de saisies d'amphétamines ⁽⁵¹⁾ a atteint son apogée en 1998 et les quantités saisies ⁽⁵²⁾ ont atteint leur plus haut niveau en 1997. En se fondant sur les tendances dans les pays pour lesquels les données sont disponibles, les quantités saisies et le nombre de saisies semblent tous deux avoir de nouveau augmenté depuis 2000 et 2001 respectivement ⁽⁵³⁾. En 2002, le prix moyen des amphétamines pour le consommateur variait entre 11 euros par gramme en Estonie et en Hongrie à 37,50 euros par gramme en Norvège ⁽⁵⁴⁾. Sur les cinq dernières années, les prix sont restés stables ou ont baissé dans la plupart des pays qui ont pu fournir de telles données.

En 2002, le degré moyen de pureté lors de la vente au détail des amphétamines s'échelonnait entre 10 % (Allemagne) et 52 % (Norvège), les degrés de pureté les plus élevés se trouvant dans les pays bordant la mer Baltique — Estonie, Lettonie, Lituanie et Finlande. Le Portugal représente une exception notable, avec une pureté moyenne en 2002

de moins de 1 %. Au cours des cinq dernières années, la pureté des amphétamines est restée stable ou a diminué dans tous les pays, bien qu'en 2002 des augmentations aient été rapportées par la Belgique, l'Estonie et le Royaume-Uni.

Ecstasy

Au niveau mondial, l'Europe demeure le principal centre de production d'ecstasy, bien que son importance relative semble diminuer au fur et à mesure que la fabrication d'ecstasy s'étend à d'autres régions du monde, notamment à l'Amérique du Nord et à l'Asie orientale et du Sud-Est (ONUUDC, 2003a; CND, 2004). Au sein de l'Europe, la plupart de la production d'ecstasy s'effectue au Pays-Bas et en Belgique. Par exemple, en Europe, sur la période 1999-2001, plus de 63 % des saisies de précurseurs d'ecstasy ont été effectuées par les Pays-Bas et 21 % par la Belgique; tandis que, sur les laboratoires produisant de l'ecstasy qui ont été démantelés en UE, 75 % se trouvaient aux Pays-Bas, 14 % en Belgique, 6 % au Royaume-Uni et 4 % en Allemagne. Le démantèlement de laboratoires d'ecstasy (et/ou de laboratoires de STA) a également été signalé par l'Estonie, l'Espagne, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie, la Pologne et la Norvège sur la période 1991-2001 (ONUUDC, 2003a). En 2002, 54 laboratoires d'ecstasy ont été détectés dans le monde entier, dont 18 aux Pays-Bas ⁽⁵⁵⁾, trois au Royaume-Uni et un en France et en Estonie respectivement (CND, 2004). D'après les rapports, l'ecstasy saisie dans l'UE provient principalement de la Belgique et des Pays-Bas, bien que l'Estonie et le Royaume-Uni soient également mentionnés dans plusieurs rapports en tant que pays producteurs (rapports nationaux Reitox, 2003).

Le trafic d'ecstasy est encore fortement concentré en Europe occidentale, bien que, comme la production, il se soit développé dans le monde entier ces dernières années (ONUUDC, 2003a). En 2002, l'Europe occidentale représentait 73 % du volume d'ecstasy saisi, contre 20 % pour l'Amérique du Nord (CND, 2004). Sur les cinq dernières années, parmi les États membres de l'UE, le Royaume-Uni a constamment été le pays ayant saisi la plus grande quantité d'ecstasy ⁽⁵⁶⁾.

Après une diminution en 1997, le nombre de saisies d'ecstasy ⁽⁵⁷⁾ au niveau de l'UE a rapidement augmenté depuis. Or, en se fondant sur les tendances dans les pays

⁽⁴⁹⁾ Bien qu'ils ne soient pas compris dans cette liste, plusieurs laboratoires illicites d'amphétamines ont été découverts au Royaume-Uni ces dernières années. En outre, un laboratoire clandestin d'amphétamines a été détecté pour la première fois au Luxembourg au début de l'année 2003.

⁽⁵⁰⁾ Cette situation doit être vérifiée par rapport aux données de 2002 du Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles. Les données concernant le nombre de saisies d'amphétamines n'étaient pas disponibles pour la Belgique, l'Italie, la Hongrie, les Pays-Bas et la Pologne; les données concernant les quantités d'amphétamines saisies en 2002 étaient manquantes pour la Grèce; les données concernant à la fois le nombre de saisies d'amphétamines et les quantités saisies en 2002 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande, Chypre, la Hongrie, Malte, la Pologne, la Slovaquie et le Royaume-Uni.

⁽⁵¹⁾ Voir Marchés_Tbl. 7 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁵²⁾ Voir Marchés_Tbl. 8 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁵³⁾ Ces informations doivent être vérifiées par rapport aux données manquantes de 2002 lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁵⁴⁾ Voir Marchés_Tbl. 14 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁵⁵⁾ Sur un total de 43 sites de production de drogues synthétiques découverts aux Pays-Bas en 2002, 18 d'entre eux étaient spécifiquement en rapport avec la MDMA.

⁽⁵⁶⁾ Cette situation doit être vérifiée par rapport aux données de 2002 du Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles. Les données concernant le nombre de saisies d'ecstasy n'étaient pas disponibles pour la Belgique, la Hongrie, les Pays-Bas et la Pologne; les données concernant à la fois le nombre de saisies d'ecstasy et les quantités saisies en 2002 n'étaient pas disponibles pour l'Italie, Chypre, Malte, la Slovaquie et le Royaume-Uni.

⁽⁵⁷⁾ Voir Marchés_Tbl. 9 dans le bulletin statistique 2004.

pour lesquels les données sont disponibles, le nombre de saisies d'ecstasy semble avoir chuté en 2002. Toutefois, cela reste à confirmer par rapport aux données manquantes de 2002 — en particulier pour le Royaume-Uni — lorsque celles-ci seront disponibles. En ce qui concerne les quantités d'ecstasy saisies⁽⁵⁸⁾, elles ont subi une rapide augmentation entre 1997 et 2000 avant de se stabiliser en 2001. En 2002, elles ont de nouveau augmenté dans la plupart des pays rapportant des données.

En 2002, d'après les rapports, les comprimés d'ecstasy coûtaient en moyenne entre 6 euros (République tchèque) et 20-25 euros (Italie, Finlande) l'unité⁽⁵⁹⁾. Toutefois, très récemment (DrugScope, 2004), d'après les rapports, le prix des comprimés d'ecstasy était d'1,5 euro seulement dans certains endroits au Royaume-Uni. Au cours des cinq dernières années, les comprimés d'ecstasy sont progressivement devenus moins chers dans la plupart des pays de l'UE. En 2002, cette tendance s'est poursuivie dans tous les pays à l'exception de l'Estonie, où le prix du comprimé a légèrement augmenté.

Si l'on compare avec la situation qui prévalait il y a cinq ans, la teneur en amphétamine des comprimés vendus sous le nom d'«ecstasy» semble avoir diminué, tandis que l'ecstasy et les substances semblables sont en augmentation. Dans tous les pays de l'UE en 2002, les seules substances psychoactives découvertes dans la plupart des comprimés vendus sous le nom d'«ecstasy» et qui ont été analysées étaient de l'ecstasy (MDMA) et des substances semblables à l'ecstasy (MDEA, MDA). En Belgique, au Danemark, en Allemagne, en Lituanie, au Royaume-Uni et en Norvège, ces comprimés représentaient plus de 95 % du nombre total de comprimés d'ecstasy analysés. La teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy varie considérablement entre les lots (même entre ceux qui comportent le même logo), au sein des pays et entre eux. D'après les rapports, dans la plupart des pays de l'UE en 2002, la teneur moyenne en substance active (MDMA) par comprimé se situait entre 60 et 80 mg, à l'exception de la Hongrie et de la Norvège où la fourchette était plus large.

LSD

Le LSD est fabriqué et vendu illégalement dans une bien moindre mesure que d'autres drogues synthétiques telles que les STA. Les saisies de LSD au niveau mondial ont chuté de 73 % entre 2000 et 2001. En 2001, les pays qui ont saisi le plus grand nombre d'unités étaient les États-Unis, l'Espagne et les Pays-Bas (ONUUDC, 2003a). Jusqu'en 2000, le pays de l'UE qui effectuait le plus grand nombre de saisies de LSD était le Royaume-Uni, mais il est maintenant devancé par l'Allemagne⁽⁶⁰⁾. Au cours des cinq dernières années, au niveau de l'UE, le nombre de saisies de LSD⁽⁶¹⁾ comme les

quantités saisies⁽⁶²⁾ ont subi une baisse constante, si l'on excepte une stabilisation en 2000. En 2002, dans l'UE, le coût moyen unitaire du LSD s'échelonnait entre 5 euros au Royaume-Uni et plus de 20 euros en Italie⁽⁶³⁾.

Action internationale contre le trafic des drogues synthétiques

La Commission a rédigé en décembre 2003, en coopération avec Europol, un rapport illustrant l'état d'avancement actuel des grands projets multilatéraux sur la localisation des réseaux de distribution ainsi que des expériences acquises dans ce domaine au niveau de l'Union, dans les États membres et les pays candidats. Les projets clés présentés dans ce rapport comprennent la Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe (CASE — action globale contre les drogues synthétiques en Europe), qui combine l'analyse de police scientifique en vue de déterminer les caractéristiques des amphétamines, réalisée par le laboratoire national suédois de police scientifique (SKL), et la collation, au niveau de l'Union européenne, des données relatives à l'application des lois afin d'identifier les sites de production de drogues synthétiques et les organisations criminelles engagées dans la production et le trafic de drogues synthétiques et de démarrer des enquêtes criminelles. Ce projet est réalisé à l'aide de CASE, le fichier de travail à des fins d'analyse d'Europol. Un autre projet, intitulé Europol Illicit Laboratory Comparison System (EILCS — système de comparaison de laboratoires illicites d'Europol), fait concorder les informations photographiques et techniques concernant les sites de production de drogues synthétiques à travers l'Union européenne, offrant ainsi la possibilité de rechercher les liens entre les différents sites, l'équipement saisi et les personnes responsables de la fourniture de l'équipement.

En outre, le système de signalement judiciaire international Europol Ecstasy Logo System (EELS) publie un catalogue annuel de logos distribué à toutes les organisations répressives concernées. L'EELS a travaillé en coopération étroite avec le Central Analysis Programme Ecstasy (CAPE) dirigé par l'Office fédéral allemand de police criminelle.

Interpol a lancé un projet axé sur les groupements de criminalité organisée qui produisent et commercialisent les drogues synthétiques. Le projet Sydrug rassemble et relie les données opérationnelles permettant les opérations multinationales⁽⁶⁴⁾. Les tendances montrent que l'ecstasy est importée en contrebande de l'Europe occidentale vers l'Amérique du Nord, l'Asie du Sud-Est et l'Océanie (Interpol, 2002).

Il est de plus en plus manifeste qu'il existe des liens entre les réseaux de contrebande de drogue et ceux des précurseurs.

⁽⁵⁸⁾ Voir Marchés_Tbl. 10 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁵⁹⁾ Voir Marchés_Tbl. 14 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁶⁰⁾ Cette situation doit être vérifiée par rapport aux données de 2002 du Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles. Les données concernant le nombre de saisies de LSD étaient manquantes pour l'Espagne, l'Italie, la Lituanie, la Hongrie et les Pays-Bas; les données concernant à la fois le nombre de saisies de LSD et les quantités saisies en 2002 étaient manquantes pour la Belgique, l'Irlande, Chypre, Malte, la Slovaquie et le Royaume-Uni.

⁽⁶¹⁾ Voir Marchés_Tbl. 11 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁶²⁾ Voir Marchés_Tbl. 12 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁶³⁾ Voir Marchés_Tbl. 14 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁶⁴⁾ Sydrug, projet mondial d'Interpol sur les drogues synthétiques, Lyon, avril 2003.

Janvier 2003 a marqué le début des activités opérationnelles sous la bannière du projet PRISM, une initiative internationale visant à résoudre le problème du détournement des principaux précurseurs nécessaires à la fabrication illicite des STA. Les trafiquants se tournent de plus en plus vers les préparations pharmaceutiques en tant que sources de précurseurs (OICS, 2004b).

Les informations du système d'alerte rapide

L'action commune ⁽⁶⁵⁾ ainsi que le système d'alerte rapide (SAR) ont été mis en place afin d'identifier de nouvelles drogues synthétiques ⁽⁶⁶⁾, d'évaluer leurs risques et d'adopter un processus de prise de décision par le biais duquel elles peuvent être contrôlées. Les nouvelles drogues synthétiques ne représentent encore qu'une très faible part du marché global des drogues synthétiques, qui reste dominé par la MDMA (ecstasy), les amphétamines et le LSD. Si l'action commune a réussi sa mission d'identification de nouvelles drogues synthétiques, il est important de noter que la plupart des données sur les nouveaux composés proviennent des États membres qui possèdent de hautes capacités d'analyse et de signalement dans des laboratoires à la fois médico-légaux et toxicologiques, et des réseaux opérationnels de fournisseurs de données. Par conséquent, il se peut que les descriptions de la situation qui résultent de ces capacités traduisent l'application des systèmes d'alerte rapide nationaux aux nouvelles drogues synthétiques, plutôt que la situation réelle sur le marché européen de la drogue.

Les drogues surveillées par le SAR

En 2003, l'ensemble des neuf substances qui faisaient l'objet d'une évaluation des risques depuis 1998 ont toutes été soumises à une surveillance de routine dans le cadre du SAR: MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB et kétamine, ainsi que les phénéthylamines suivants: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 et TMA-2. En outre, un certain nombre de substances sur lesquelles l'OEDT a obtenu des informations ont été surveillées, dont un groupe de tryptamines (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT et 5-MeO-tryptamine) et de pipérazines (BZP et TFMP) ⁽⁶⁷⁾.

En 2003, l'Espagne et le Royaume-Uni ont tous deux signalé dans leurs rapports que la police avait saisi de petites quantités de MBDB. La 4-MTA, qui a été soumise en 1999 à un contrôle dans le cadre de l'action commune, semble avoir disparu du marché étant donné qu'aucune saisie n'a été signalée ces dernières années. Une saisie de PMMA a eu lieu en Suède, tandis qu'une saisie au Danemark comprenait des comprimés contenant à la fois de la PMMA et de la PMA. En Belgique, un laboratoire a signalé des analyses d'urine ayant révélé la présence de PMMA et, en outre, l'analyse toxicologique d'une personne intoxiquée rapportée par un service d'urgence a révélé la présence de PMA (associée à la MDA ou à la MDMA). Il semble que ces

Les nouvelles drogues synthétiques soumises à un contrôle dans le cadre de l'action commune

Entre 1998 et 2002, cinq nouvelles drogues synthétiques ont été soumises à une évaluation des risques dans le cadre de l'action commune (MBDB, 4-MTA, GHB, kétamine et PMMA). En 2003, le comité scientifique de l'OEDT, complété par des experts nommés par les États membres et des représentants de la Commission européenne, d'Europol et de l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA), a mené une évaluation des risques sur quatre drogues synthétiques: le 2C-I (2,5-diméthoxy-4-iodophénéthylamine), le 2C-T-2 (2,5-diméthoxy-4-éthylthiophénéthylamine), le 2C-T-7 [2,5-diméthoxy-4-(n)-propylthiophénéthylamine] et le TMA-2 (2,4,5-triméthoxyamphétamine) ⁽¹⁾. À la suite de cette évaluation, le 27 novembre 2003, le Conseil a adopté la décision ⁽²⁾ de soumettre ces quatre composés à des mesures de contrôle et à des sanctions pénales dans les 15 pays de l'UE.

L'évaluation spécifique et scientifique des risques liés aux nouvelles drogues synthétiques s'avère extrêmement difficile en raison du nombre limité de données scientifiques revues par des pairs. Toutefois, les informations concernant les effets toxiques basées sur des études effectuées sur des animaux (par exemple pour le TMA-2), l'analogie avec des composants partiellement connexes ainsi que les éléments provenant d'autres sources d'informations, telles que les rapports d'utilisateurs individuels, les médias et les publications non officielles, constituent une base pour ces évaluations.

⁽¹⁾ Les rapports d'évaluation des risques sont disponibles sur le site web de l'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584>).

⁽²⁾ Décision 2003/847/JAI du Conseil du 27 novembre 2003 concernant les mesures de contrôle et les sanctions pénales relatives aux nouvelles drogues synthétiques 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 et TMA-2.

trois substances — la MBDB, la 4-MTA et la PMMA — ne soient plus très prisées par les consommateurs de drogues synthétiques.

En ce qui concerne les drogues du groupe des tryptamines, la plupart des saisies ont été effectuées en Suède et en Finlande. Toutefois, la France et le Danemark ont tous deux signalé l'acquisition d'échantillons de 5-MeO-DIPT. Beaucoup de composés de la tryptamine ne sont pas contrôlés au niveau international ou national et, par conséquent, ils peuvent être produits par des laboratoires commerciaux et vendus sur l'internet en tant que «produits chimiques issus de la recherche» (principalement par des entreprises des États-Unis). En outre, les recettes pour la synthèse de presque toutes les nouvelles et les «anciennes» drogues synthétiques sont largement disponibles sur l'internet.

⁽⁶⁵⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346>.

⁽⁶⁶⁾ L'action commune de 1997 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues synthétiques (JO L167 du 25 juin 1997) définit les nouvelles drogues synthétiques comme les drogues synthétiques qui ne figurent pas actuellement sur les listes de la convention des Nations Unies de 1971 sur les substances psychotropes et qui menacent la santé publique aussi gravement que les substances énumérées aux listes I ou II de ladite convention et ont un effet thérapeutique limité. Elle vise les produits finals, par opposition aux précurseurs.

⁽⁶⁷⁾ La plupart des nouvelles substances énumérées sont d'apparition très récente sur le marché et ne possèdent pas encore de noms de vulgarisation (noms de rue).

La BZP, que l'on trouve souvent associée au TFMPP, est de plus en plus mentionnée dans les rapports de la Suède et a également été identifiée en Belgique, en Espagne, aux Pays-Bas et en Finlande.

Sur les phénéthylamines, dont les risques ont été évalués en 2003, la 2C-I, qui est souvent vendue sous forme de comprimés comportant le logo «i», semble gagner en popularité — un certain nombre de petites saisies ont été signalées en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, et la drogue a été détectée en Espagne, en France et aux Pays-Bas. En outre, de la 2C-H (un composé qui n'est pas actif chez les humains mais qui est un précurseur de la 2C-I, de la 2C-C et de la 2C-B) a été saisie en quantité relativement importante aux Pays-Bas et en Finlande et, dans le premier pays, des éléments prouvent que la substance était destinée à servir de précurseur pour la production de 2C-I.

Drogues synthétiques ayant un potentiel d'expansion

Comme le prévoyait le SAR européen et l'évaluation des risques menée par le comité scientifique de l'OEDT dans le cadre de l'action commune, le GHB et la kétamine sont deux drogues synthétiques ⁽⁶⁸⁾ possédant un potentiel d'expansion important dans le cadre des lieux de divertissement.

Le GHB

La décision de l'ONU de placer le GHB sous contrôle en mars 2001 a été mise en œuvre par la plupart des États membres de l'UE. En 2003, des saisies de GHB (généralement sous forme liquide) par les services de police ou de douanes ont été signalées en Belgique, au Danemark, en Estonie, en Espagne, en France, en Finlande, en Suède et en Norvège. D'après les rapports, les tendances concernant le GHB sont contrastées. La Suède a fait état d'une diminution des saisies de GHB en 2003, tandis que la Norvège a signalé une augmentation importante et le Royaume-Uni aucun changement. Les Pays-Bas n'ont signalé aucune modification du nombre d'échantillons de GHB livrés au système d'information et de surveillance de la drogue (DIMS), bien que le Centre national antipoison des Pays-Bas ait signalé une légère augmentation du nombre de demandes d'informations sur le GHB. L'Estonie a signalé une augmentation significative de la disponibilité du GHB. Les Pays-Bas et la Belgique ont signalé avoir reçu un petit nombre d'échantillons de GHB en poudre.

La Norvège et la Suède ont fait état d'une augmentation notable des saisies de précurseurs chimiques du GHB — GBL (gamma-butyrolactone) et BD (1,4-butanediol) ⁽⁶⁹⁾, qui ont de nombreuses utilisations dans les divers processus industriels et sont donc largement disponibles (ces deux substances sont rapidement converties en GHB une fois ingérées). En Norvège et en Suède, d'après les rapports,

les précurseurs du GHB sont plus disponibles sur le marché illicite en 2003 que les années précédentes.

Les enquêtes sur la drogue menées dans les lieux de divertissement nocturne et les discothèques comportent de plus en plus des questions relatives à la consommation de GHB. En Allemagne, l'Office fédéral d'enquête criminelle (BKA) a signalé une augmentation de la consommation de GHB ⁽⁷⁰⁾, tandis qu'à Amsterdam, d'après l'étude sur panel d'Antenna Amsterdam menée en 2002 ⁽⁷¹⁾, «le GHB était encore consommé dans presque tous les réseaux de discothèques, mais cette drogue semblait moins à la mode qu'un an auparavant et l'expansion du GHB semble s'être interrompue». En Autriche, dans le cadre d'une étude sur le contrôle des pilules, on a découvert que la prévalence au cours de la vie de la consommation de GHB parmi un échantillon de 225 jeunes gens participant à des soirées «rave» à Vienne était de 12,6 % (Benschop et al., 2002).

Au cours de l'année 2003, le GHB a été détecté sur des échantillons humains en Belgique, en Suède et en Norvège ainsi que dans des prélèvements sur des sujets intoxiqués et des patients des services d'urgences hospitalières en Espagne (Barcelone) et aux Pays-Bas. Le nombre de demandes de secours d'urgence liés au GHB à Amsterdam n'a pas évolué entre 2001 et 2002, restant à un niveau d'un peu plus de 60 cas par an.

La kétamine

Les saisies et/ou les détections de kétamine sur des échantillons humains ont été signalées par la Belgique, la Grèce, l'Espagne, la France, la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni et la Norvège en 2003. En Autriche, Benschop et al. (2002) ont découvert un taux de prévalence de la consommation de kétamine de 11,7 % sur leur échantillon de 225 jeunes fréquentant les soirées «rave» à Vienne. La prévention de l'expansion de la kétamine se heurte au fait qu'il s'agit d'un médicament autorisé en tant que médicament vétérinaire; il semble donc très disponible par le biais du détournement de la production licite.

Risques sanitaires des nouveaux modèles de consommation

En 2003, le SAR a permis aux États membres de l'UE d'échanger des informations précieuses sur certaines substances contrôlées qui peuvent poser de graves problèmes de santé en raison des nouveaux modèles de consommation. Par exemple, les pays de l'UE ont reçu des alertes rapides concernant des comprimés de MDMA fortement dosés, d'après des informations provenant de la Belgique, de la France et d'Europol, et concernant des comprimés vendus sous le nom d'ecstasy mais contenant d'autres substances dangereuses telles que le DOB (2,5-diméthoxy-4-bromoamphétamine), à la suite des informations fournies par l'Irlande.

⁽⁶⁸⁾ Au sens strict, aucune d'entre elles n'est une nouvelle drogue synthétique en vertu de l'action commune de 1997, mais ces deux drogues font l'objet d'une surveillance à la suite de l'évaluation de leurs risques.

⁽⁶⁹⁾ Rapports Reitox sur l'état d'avancement du système d'alerte rapide pour 2003.

⁽⁷⁰⁾ Ibid.

⁽⁷¹⁾ Antenna Amsterdam est un système de suivi ayant recours à plusieurs méthodes et visant à identifier et à interpréter les nouvelles tendances et évolutions en matière de consommation de drogues licites et illicites et de jeux d'argent chez les jeunes d'Amsterdam, ainsi qu'à mettre à jour et à améliorer la prévention de la toxicomanie.



Chapitre 5

Cocaïne et crack

Introduction

Les consommateurs de cocaïne sont généralement perçus comme étant à la fois aisés, suivant la mode et socialement intégrés, ou alors marginalisés, démunis et exclus socialement, le fait de fumer de la cocaïne étant avant tout associé à un usage problématique. Il importe de noter que la concentration de l'usage de drogue dans des sous-groupes et des zones géographiques spécifiques signifie que les ensembles de données nationales reflètent de façon imparfaite les tendances revêtant une certaine importance dans les communautés ou populations dans lesquelles elles se manifestent. Toutefois, l'on craint que l'usage de la cocaïne ne soit en train de se répandre de plus en plus en Europe et que les usagers de cette drogue proviennent de classes sociales de plus en plus diversifiées.

Prévalence de la consommation de cocaïne

Enquêtes en population générale

D'après de récentes enquêtes de population nationales, entre 0,5 et 6 % de la population adulte avoue avoir déjà essayé de la cocaïne au moins une fois (prévalence au cours de la vie), l'Espagne et le Royaume-Uni se situant dans la tranche supérieure de cette fourchette. La consommation récente de cocaïne (au cours des 12 derniers mois) est signalée en général par moins de 1 % des adultes, bien qu'en Espagne et au Royaume-Uni les taux de prévalence récente soient supérieurs à 2 %. Ces chiffres sont nettement inférieurs aux chiffres comparables concernant le cannabis, même si les niveaux de consommation chez les jeunes adultes peuvent être considérablement plus élevés que la moyenne de la population.

Chez les jeunes adultes (15-34 ans), la prévalence au cours de la vie s'échelonne entre 1 et 10 %. Généralement, les taux de prévalence récente représentent environ la moitié de ceux de la consommation au cours de la vie, l'Espagne et le Royaume-Uni signalant des chiffres supérieurs à 4 %.

Parmi la population générale, la consommation de cocaïne est soit interrompue après une période d'expérimentation

chez le jeune adulte, soit occasionnelle, se produisant principalement le week-end et dans les lieux de divertissement (bars et discothèques).

Des enquêtes ont identifié des groupes déterminés dont la consommation de cocaïne est supérieure à celle de la population globale. Par exemple, de récentes enquêtes dans cinq pays (le Danemark, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni) ont révélé que 5 à 13 % des hommes de 15 à 24 ans déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours de leur vie, tandis que les taux de consommation récente en Espagne et au Royaume-Uni peuvent atteindre pas moins de 5 à 7 %. Dans les zones urbaines, le niveau de consommation est probablement beaucoup plus élevé. En outre, des enquêtes ciblées (non représentatives) auprès des clients des discothèques ont signalé des taux de prévalence au cours de la vie de la consommation de cocaïne de 40 à 60 % (OEDT, 2001).

À titre de référence hors Europe, dans l'enquête nationale sur l'abus de drogue menée auprès des ménages aux États-Unis en 2002, 14,4 % des adultes (définis comme les personnes de 12 ans et plus) ont déclaré avoir déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie, ce qui représente un pourcentage plus élevé que dans n'importe quel pays européen. Une consommation récente (au cours des 12 derniers mois) de cocaïne a été signalée par 2,5 % des personnes interrogées, chiffre également supérieur à ceux de tous les pays européens à l'exception de l'Espagne (2,6 %) ⁽⁷²⁾. Chez les hommes âgés de 18 à 25 ans, la prévalence au cours de la vie de la consommation de cocaïne aux États-Unis s'élevait à 18,1 %, et la prévalence de la consommation récente atteignait 8,4 %.

Tendances de la consommation de cocaïne

Les tendances au niveau national concernant la cocaïne sont difficiles à cerner en raison de la rareté des séries d'enquêtes nationales cohérentes et, dans certains cas, de la taille réduite des échantillons. Des séries cohérentes permettront une meilleure identification des tendances, en particulier en ciblant l'analyse et l'échantillonnage sur des

⁽⁷²⁾ Résultats de l'enquête nationale 2002 auprès des ménages des États-Unis sur l'abus de drogue et statistiques sur la santé [Administration des services de santé mentale et de toxicomanie (Samhsa), Office des études appliquées]. Disponibles sur le site web de la Samhsa (<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). Il convient de noter que la tranche d'âge utilisée dans l'enquête des États-Unis (12 ans et au-delà) est plus large que celle utilisée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15-64 ans). Il est probable que si les données des États-Unis portaient sur la tranche d'âge des 15-64 ans, comme dans l'UE, les chiffres seraient plus élevés.

groupes déterminés, tels que les jeunes hommes dans les zones urbaines.

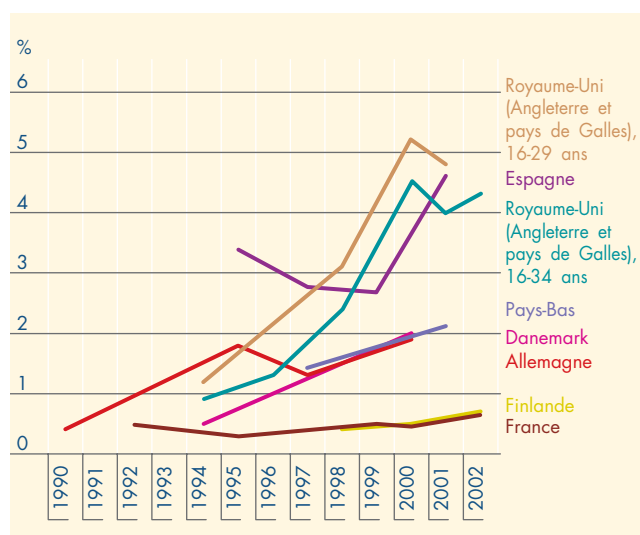
Population générale

La consommation récente de cocaïne chez les jeunes semble avoir régulièrement augmenté au Royaume-Uni jusqu'en 2002 ⁽⁷³⁾ et peut-être, dans une moindre mesure, au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Espagne (graphique 9). Les autres pays, dans leurs derniers rapports nationaux Reitox (2001-2003), ont signalé des augmentations en se fondant sur des informations locales ou qualitatives (Grèce, Irlande, Italie et Autriche).

Population scolaire

L'Espagne est le seul État membre à rapporter de nouvelles données montrant une récente hausse de la prévalence au cours de la vie de la consommation de cocaïne chez les lycéens de 15 à 16 ans, qui est passée de 4,1 % en 2000 à 5,9 % en 2002 ⁽⁷⁴⁾. Bien qu'il n'y ait pas d'augmentation

Graphique 9 — Prévalence de la consommation de cocaïne (dernière année) chez les jeunes adultes, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales disponibles dans chaque pays. Les chiffres et la méthodologie utilisée pour chaque enquête peuvent être consultés dans «Enquête PG Tbl. 3 et 4» dans le bulletin statistique 2004. Concernant les jeunes adultes, l'OECD utilise la tranche d'âge entre 15 et 34 ans (le Danemark et le Royaume-Uni à partir de 16 ans, l'Allemagne à partir de 18 ans, la France: 1992, 25-34; 1995: 18-39). L'échantillonnage (personnes interrogées) pour la tranche d'âge des 15-34 ans pour chaque pays et année est présenté dans «Enquête PG Tbl. 4» dans le bulletin statistique 2004.

Au Danemark, le chiffre de 1994 correspond aux «drogues dures».

Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir les sources individuelles dans les tableaux épidémiologiques sur les enquêtes auprès de la population dans le bulletin statistique 2004.

parmi les lycéens de 15-16 ans en Italie, une augmentation a toutefois été signalée parmi les lycéens plus âgés.

Autres indicateurs

L'augmentation des indicateurs de la consommation de cocaïne dans certains pays [demandes de traitement ⁽⁷⁵⁾, recours aux services à bas seuil pour les toxicomanes, nombre d'urgences hospitalières, saisies policières, résultats toxicologiques lors des décès] suscite des inquiétudes.

Dans l'ensemble de l'UE, les traitements liés à la cocaïne semblent être en augmentation, et dans certains pays, cette hausse est particulièrement prononcée. La cocaïne est la deuxième drogue la plus fréquemment signalée dans les rapports de traitement aux Pays-Bas et en Espagne (respectivement 35 % et 26 % de toutes les demandes). En Europe, la plupart des demandes de traitement semblent être liées à l'usage de la poudre de cocaïne (généralement le chlorhydrate de cocaïne).

Au niveau mondial, les préparations de cocaïne à fumer sont particulièrement associées à des modèles de consommation problématiques. La consommation de crack, qui est un problème émergent ou croissant dans des villes ou des régions particulières, a été signalée en Allemagne, en Espagne, en France, en Irlande, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni.

Modèles de consommation

Généralement, chez les jeunes usagers à des fins récréatives, la consommation de cocaïne est faible et l'usage régulier est très rare. En outre, les rapports de certains pays (Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Autriche et Royaume-Uni) indiquent que même chez les usagers de drogue à problème suivant un traitement de la toxicomanie et utilisant des services à bas seuil les modèles de consommation de cocaïne et de crack varient considérablement selon les patients et au fil du temps. Toutefois, les données sur la fréquence de consommation de cocaïne et de crack et sur les quantités consommées sont très limitées. Les études portant sur les salles de consommation montrent que l'usage de la cocaïne à fumer est particulièrement élevé chez les prostituées ayant recours à ces services (Stöver, 2001; Zurhold et al., 2001).

Modes d'administration

Pour mieux comprendre les risques sanitaires et les indicateurs de consommation, des informations plus nombreuses et plus pertinentes sur les modes d'administration de la cocaïne seraient nécessaires. Le chlorhydrate de cocaïne (cocaïne en poudre) est habituellement inhalé de manière intranasale et moins

⁽⁷³⁾ Toutefois, les résultats de l'enquête 2001/2002 indiquent que cette tendance à la hausse parmi l'ensemble des adultes et chez les jeunes adultes semble se stabiliser (voir graphique 7). Selon le ministère de l'intérieur britannique, l'augmentation de la consommation de cocaïne entre 1996 et 1998 et entre 1998 et 2000 a été significative, de l'ordre de 5 %. Toutefois, il n'y a pas eu d'augmentation significative entre 2000 et 2001-2002.

⁽⁷⁴⁾ Voir Prévalence_Tbl. 1 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁷⁵⁾ Voir le graphique 20 et IDT_Tbl. 10 dans le bulletin statistique 2004.

souvent injectée, tandis que le crack est fumé dans des pipes chauffées et la cocaïne base libre est «fumée» en respirant les vapeurs qui sont produites lorsque la drogue est chauffée, généralement sur du papier aluminium au-dessus d'une flamme. Certains rapports mentionnent également un usage de la cocaïne fumée dans une cigarette ou un «joint».

Toutefois, les employés des centres de traitement de la toxicomanie du Royaume-Uni signalent que lorsqu'il est associé à l'usage de l'héroïne le crack est parfois injecté. Le crack, comme l'héroïne brune, est insoluble et doit être mélangé à un acide avant d'être converti en sa forme active de sel soluble ⁽⁷⁶⁾.

La fréquence du mode fumé en tant que mode d'administration habituel de la cocaïne, sous forme de crack ou de cocaïne base libre (différentes préparations qui peuvent être considérées comme équivalentes du point de vue pharmacologique), a chuté en 2002 par rapport à 2000.

Décès liés à la cocaïne

Les décès dus à une intoxication par la cocaïne, par les amphétamines ou par l'ecstasy en l'absence de faits indiquant une consommation d'opiacés semblent peu fréquents en Europe.

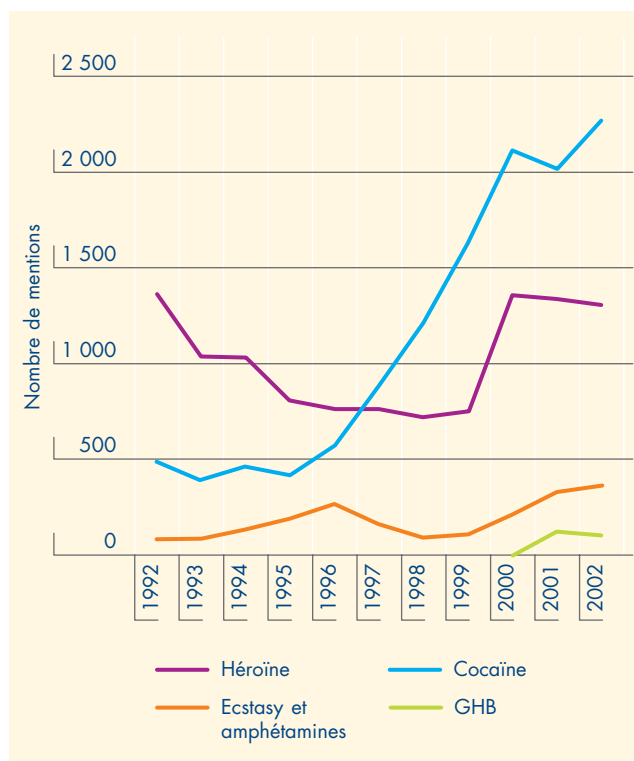
Toutefois, il est probable que les statistiques actuelles n'enregistrent pas de façon adéquate les décès dus à la cocaïne, et les informations sont rapportées sous des formes différentes. Dans certains pays, la cocaïne est décelée en association avec des opiacés dans une forte proportion des décès liés à la drogue (Portugal: 22 %, Espagne: 46 %). Les chiffres sont peut-être aussi élevés dans d'autres pays, mais généralement les systèmes de signalement attribuent les décès uniquement aux opiacés lorsque la présence de ceux-ci est décelée. Au Royaume-Uni, le nombre de «mentions» de la cocaïne sur les certificats de décès a été multiplié par huit entre 1993 et 2001. De même, aux Pays-Bas, le nombre de décès attribués à la cocaïne a augmenté, passant de 2 en 1994 à 26 en 2001. La proportion de décès liés à la drogue attribuables uniquement à la cocaïne, sans association d'opiacés, s'échelonne entre 1 et 10 %, bien que les chiffres absolus soient peu élevés.

La cocaïne peut être un facteur important de décès dus à des troubles cardiovasculaires (arythmie, infarctus du myocarde, hémorragie cérébrale), en particulier chez les consommateurs qui présentent des prédispositions (par exemple en cas d'anévrisme cérébral ou de défaillances cardiaques subcliniques). Un grand nombre de ces cas peuvent passer inaperçus en raison de la méconnaissance d'une situation et/ou situation sociale des victimes différente de celle des consommateurs d'opiacés.

Une indication sur les dangers potentiels associés à la consommation de cocaïne provient de l'Espagne ⁽⁷⁷⁾ où, pendant la période 1999-2001, la cocaïne a été mentionnée pour 44 à 49 % des admissions en urgence hospitalière dues à des réactions directement liées à la drogue; dans une grande partie de ces cas, le patient avait fumé ou s'était injecté de la cocaïne. À Barcelone, la collecte des données sur les urgences hospitalières dans tous les principaux hôpitaux urbains tout au long de l'année sur une période plus longue permet d'obtenir une vue d'ensemble complète des admissions hospitalières dues à des réactions liées à la drogue (graphique 10).

En plus des problèmes de santé directement liés à la cocaïne, il existe une inquiétude croissante selon laquelle certains des agents de coupage utilisés pourraient constituer eux-mêmes un risque supplémentaire en matière de santé. Par exemple, la phénacétine est reconnue comme un adjuvant commun dans les échantillons de cocaïne en poudre saisis. Cette drogue est considérée comme étant en

Graphique 10 — Nombre de mentions de drogues dans les épisodes d'urgences hospitalières, par type de drogue, Barcelone, 1992-2002



NB: Un épisode d'urgence hospitalière peut comprendre la mention de plusieurs substances.

Sources: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (2003), La Salut a Barcelona, 2002, Barcelone: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

⁽⁷⁶⁾ The UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003) (Unité de renseignement sur la drogue — Service scientifique médico-légal du Royaume-Uni), *Drug Abuse Trend: Crack Issue*, n° 24, p.13.

⁽⁷⁷⁾ En Espagne, les urgences hospitalières dues à des réactions directement liées à des substances psychoactives ont fait l'objet d'un suivi pendant plusieurs années dans un échantillon d'hôpitaux de l'ensemble du pays sur une période d'une semaine par an. Les «mentions» des substances sont consignées. Pour obtenir des détails sur la méthodologie, voir le rapport national Reitox 2003 (p. 34-36).

rapport avec les troubles hépatiques, néphrétiques et sanguins, et même avec le cancer.

Réponses

Traitement de la consommation problématique de cocaïne

La consommation problématique de cocaïne est généralement traitée dans des lieux non spécifiques à cette drogue, c'est-à-dire aux côtés de patients qui sont traités pour la consommation d'autres drogues illicites (ou licites). Les options de traitement se limitent, en gros, à des interventions non pharmacologiques qui visent à modifier le comportement de toxicomanie quelle(s) que soit(ent) la drogue ou les drogues particulière(s) consommée(s). Ces interventions comprennent des interventions de faible intensité telles que les consultations de conseil et les admissions hospitalières, et des interventions de forte intensité telles que le traitement à long terme avec hébergement. Des traitements alternatifs tels que l'acupuncture peuvent également être proposés (Seivewright et al., 2000).

En matière de traitement médicalement assisté, il n'existe pas de traitement pharmacologique bien établi pour la consommation problématique de cocaïne. Seul un choix réduit de traitements pharmacologiques est disponible pour les consommateurs de cocaïne et leur effet, si tant est qu'ils en aient, s'est révélé limité. Deux revues systématiques de la documentation ont révélé qu'il n'existait aucun fait probant en faveur de l'usage clinique de l'anticonvulsivant carbamazépine ou d'antidépresseurs dans le traitement de la dépendance à la cocaïne (Lima et al., 2004a,b).

L'éventail limité des interventions de traitement conçues spécifiquement pour les usagers de cocaïne à problème sera complété par des initiatives visant ce groupe de patients. Aux Pays-Bas, un site web pour les cocaïnomanes a récemment été lancé et, au Royaume-Uni, les services ont été étendus au printemps 2003 par le biais de la création de nouveaux organismes, ainsi que de nouveaux services de conseil et d'une formation améliorée. En Autriche, les services de traitement travaillent à l'adaptation des prestations aux besoins des usagers de cocaïne à problème.

Autres implications des services liés à la cocaïne

D'après des observations dans les centres de consommation supervisée de drogue, les urgences liées à la cocaïne se caractérisent par une extrême agitation et une paranoïa fréquente, que le personnel trouve difficiles à gérer (OEDT, 2004a). Une augmentation de la vente de crack a été associée à un niveau plus élevé d'agression entre les clients et les revendeurs (Stöver, 2001).

Il est difficile de déterminer dans quelle mesure les problèmes sont la conséquence directe de la consommation

des formes de cocaïne à fumer ou sont liés à la fréquence et à la quantité de son usage, ou encore à des problèmes sociaux, psychologiques et de toxicomanie préexistants. Parmi les réponses apportées à ce problème, on peut citer des documents d'information spécifiques sur les risques et un usage plus sûr, les salles de consommation supervisée, les «salles de détente» et les centres d'hébergement de jour où les consommateurs peuvent se retirer et trouver un apaisement, mais également les traitements ambulatoires (Stöver, 2001).

Des inquiétudes ont été exprimées concernant le risque potentiel d'exposer les jeunes usagers de drogue fréquentant les lieux de traitement principalement pour des problèmes liés au cannabis aux comportements et aux problèmes des consommateurs de cocaïne (Neale et Robertson, 2004).

Saisies et informations concernant le marché ⁽⁷⁸⁾

Production et trafic

La Colombie est de loin le premier producteur mondial de feuilles de coca illicites dans le monde, devant le Pérou et la Bolivie (ONUDD, 2003a). La production mondiale de cocaïne en 2002 a été estimée à 800 tonnes métriques. La Colombie y a contribué à hauteur de 72 %, le Pérou de 20 % et la Bolivie de 8 %. La plus grande part de la cocaïne saisie en Europe provient directement de l'Amérique du Sud (en particulier de la Colombie) ou transite par l'Amérique centrale et la Caraïbe. Toutefois, en 2002, une partie de la cocaïne vendue illicitement en Europe est passée par le Brésil (et de là vers le Portugal) ou les États-Unis (en transit vers l'Italie). Les principaux points d'entrée dans l'UE sont l'Espagne, le Portugal et les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la France et le Royaume-Uni (rapports nationaux Reitox, 2003; ONUDD, 2003a; OICS, 2004a).

Saisies

D'après la Commission des stupéfiants (CND, 2004), la cocaïne se situe en troisième position parmi les drogues qui font l'objet des trafics les plus importants dans le monde, après l'herbe et la résine de cannabis. En termes de volume saisi, en 2002, la plupart du trafic de cocaïne s'est déroulé, comme lors des années précédentes, dans les Amériques et en Europe. Ce dernier continent représentait 13,5 % des quantités de cocaïne saisies dans le monde entier (CND, 2004). Au sein de l'Europe, la plupart des saisies de cocaïne ont lieu dans les États occidentaux. Entre 1997 et 2002, l'Espagne est demeurée invariablement le pays de l'UE présentant le plus haut niveau de saisies de cocaïne.

⁽⁷⁸⁾ Voir chapitre 3, encadré «L'interprétation des données de saisies et de marché», p. 31.

En 2001 et 2002 ⁽⁷⁹⁾, ce pays représentait plus de la moitié du total de l'UE à la fois en termes de nombre de saisies et de quantités saisies.

Sur la période 1997-2002, le nombre de saisies de cocaïne ⁽⁸⁰⁾ a augmenté dans tous les pays excepté l'Allemagne et l'Italie. D'après les tendances dans les pays pour lesquels les données sont disponibles, une augmentation des saisies de cocaïne au niveau de l'UE semble pouvoir être confirmée en 2002.

Sur la même période de cinq ans, les quantités de cocaïne saisies ⁽⁸¹⁾ ont subi des fluctuations, mais avec une tendance à la hausse. Après un volume record de saisies de cocaïne en 2001, les quantités de cocaïne saisies au niveau de l'UE ont considérablement diminué en 2002 ⁽⁸²⁾ — principalement en raison d'une réduction de la quantité saisie en Espagne (et au Portugal) par rapport à 2001, bien que certains pays (Allemagne, France, Italie, Norvège) aient signalé une forte augmentation des quantités de cocaïne saisies. La baisse des quantités de cocaïne saisies en 2002 en Espagne, aux Pays-Bas et au Portugal ainsi que l'augmentation signalée par la France, l'Allemagne et l'Italie pourraient indiquer une évolution de l'importance relative des points d'entrée traditionnellement utilisés par les trafiquants pour la cocaïne destinée à l'Europe (CND, 2004). Dans le même ordre d'idées, il convient de noter que, depuis le début de 2002, les Pays-Bas ont pris des mesures radicales en vue de réduire le flux croissant de passeurs de cocaïne voyageant de la Caraïbe jusqu'à l'aéroport de Schiphol, à la suite de quoi le nombre de passeurs de cocaïne arrêtés a nettement diminué.

Bien que des saisies de crack aient été signalées par certains pays de l'UE, il n'est parfois pas possible de les distinguer des saisies de cocaïne. Par conséquent, les tendances concernant les saisies de cocaïne rapportées ci-dessus peuvent comprendre le crack.

Action internationale contre le trafic de cocaïne

Le trafic de cocaïne demeure largement contrôlé par les organisations criminelles colombiennes. Toutefois, des groupes d'Albanie et d'Afrique sont également impliqués dans la distribution de cette substance. L'opération d'Interpol baptisée «Trampoline» a révélé une exportation de cocaïne en contrebande du Venezuela et de Colombie vers Curaçao. Cette opération a abouti à l'identification de

plusieurs grandes organisations de trafiquants opérant à partir de la Caraïbe vers quasiment toutes les régions du monde (Interpol, 2002). Au cours de l'année 2003, un certain nombre d'opérations maritimes d'envergure de lutte contre la cocaïne ont eu lieu le long de la côte Atlantique de l'Europe: jusqu'à 29 tonnes de drogue ont été saisies. La plupart de ces opérations ont été menées par les autorités espagnoles.

L'opération Purple, un programme international lancé en 1999 afin d'effectuer un suivi des cargaisons de permanganate de potassium (utilisé dans la fabrication illicite de cocaïne), a abouti à de nouveaux succès. Au cours de l'année 2003, on a évité le détournement de près de 900 tonnes de ce produit chimique aux fins de la production illicite de drogue.

En 2002, l'OMD et Interpol ont lancé une initiative conjointe, l'opération Andes, pour permettre aux services de douanes et de police nationaux d'échanger et d'analyser des informations contribuant à identifier les expéditions illégales de précurseurs chimiques en Argentine, en Bolivie, au Chili, en Colombie et au Pérou (OMD, 2003).

Prix et pureté

Le prix moyen au détail ⁽⁸³⁾ de la cocaïne variait considérablement dans l'UE en 2002, de 38 euros par gramme au Portugal jusqu'à 175 euros par gramme en Norvège. Entre 1997 et 2002, le prix moyen au détail de la cocaïne est resté stable ou a diminué dans tous les pays de l'UE. Des constatations similaires ont été rapportées en 2002, sauf en République tchèque et en Lituanie, où les prix ont augmenté par rapport à l'année précédente.

Comparée à celle de l'héroïne, la pureté moyenne de la cocaïne au niveau du consommateur est élevée, s'échelonnant en 2002 entre 28 % en Estonie et 68 % en République tchèque et en Norvège. Entre 1997 et 2002, la pureté moyenne de la cocaïne a diminué dans la plupart des pays de l'UE qui ont rapporté des données concernant les tendances au cours du temps. En 2002, la pureté de la cocaïne a continué à baisser dans la plupart des pays, sauf dans ceux qui signalaient les puretés moyennes les plus élevées, tels que la Belgique, la République tchèque, le Luxembourg et la Norvège, où une augmentation de la pureté moyenne de la cocaïne a été enregistrée.

⁽⁷⁹⁾ Ces informations doivent être vérifiées par rapport aux données manquantes de 2002 lorsqu'elles seront disponibles. Les données concernant le nombre de saisies de cocaïne en 2002 étaient manquantes pour la Belgique, les Pays-Bas et la Slovaquie; les données concernant à la fois le nombre de saisies de cocaïne et les quantités saisies en 2002 étaient manquantes pour l'Irlande, Chypre, la Hongrie, Malte, la Pologne, la Slovaquie et le Royaume-Uni.

⁽⁸⁰⁾ Voir Marchés_Tbl. 5 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁸¹⁾ Voir Marchés_Tbl. 6 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁸²⁾ Ces informations doivent être vérifiées par rapport aux données manquantes de 2002 lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁸³⁾ Voir Marchés_Tbl. 14 dans le bulletin statistique 2004.



Chapitre 6

Héroïne et consommation de drogue par voie d'injection

Consommation problématique de drogue

La consommation régulière et prolongée d'héroïne, l'injection de drogue et, dans certains pays, l'usage intensif de stimulants représentent une proportion considérable des décès liés à la drogue et des problèmes sociaux en Europe. Le nombre de personnes présentant ce type de comportement est faible relativement à l'ensemble de la population, mais les conséquences de la consommation problématique de drogue sont importantes. Pour sensibiliser à l'étendue de ce problème et pour permettre un suivi des tendances au cours du temps, l'OEDT travaille avec les États membres à la redéfinition du concept de «consommation problématique de drogue» et à l'élaboration de stratégies permettant de mesurer à la fois son étendue et ses conséquences.

La consommation problématique de drogue est définie, du point de vue opérationnel, comme étant «la toxicomanie par voie d'injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines»⁽⁸⁴⁾. En raison des variations dans les définitions et des incertitudes méthodologiques, il est difficile d'obtenir des estimations fiables dans ce domaine et les différences entre les pays ou entre des périodes doivent être interprétées avec prudence.

Prévalence

Les estimations de la prévalence de la consommation problématique de drogue s'échelonnent entre 2 et 10 cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans (en retenant les points médians des estimations), soit jusqu'à 1 % de la population adulte⁽⁸⁵⁾. La consommation problématique de drogue affecte plus particulièrement certaines zones géographiques, telles que les quartiers défavorisés des centres-villes, et certains groupes particuliers, notamment les jeunes hommes, d'où une concentration apparemment intense de la consommation problématique dans certaines communautés. Le Danemark, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal et le Royaume-Uni signalent des estimations plus élevées (entre 6 et 10 cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans) et des taux plus faibles sont rapportés par l'Allemagne, la Grèce, les Pays-Bas, la Pologne et la Finlande (< 4 cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans; voir graphique 11). Parmi les nouveaux pays de l'UE, seules la République tchèque, la Pologne et la Slovaquie disposent d'estimations bien documentées, avec des chiffres se situant dans la tranche basse à médiane, respectivement à 4,9, 1,9 et 5,3 pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans.

En dépit de l'amélioration considérable des techniques d'estimation, le manque de données historiques fiables et cohérentes fait obstacle à l'évaluation des tendances de la consommation problématique de drogue. Les rapports de certains pays signalant des variations des estimations, étayés par d'autres indicateurs, indiquent une augmentation de la consommation problématique de drogue depuis le milieu des années 90. Des estimations sont disponibles pour 19 pays, dont 10 signalent une augmentation de la consommation problématique de drogue depuis le milieu ou la fin des années 90: la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, l'Italie, le Luxembourg, la Finlande, la Suède (entre 1992 et 1998), le Royaume-Uni et la Norvège. En Belgique et en Norvège, les augmentations se fondent sur les estimations de la consommation par voie d'injection. Bien que l'on ne dispose pas de séries chronologiques d'estimations nationales dans les nouveaux États membres, d'autres faits probants indiquent que les tendances sont variables. En République tchèque, plusieurs indicateurs suggèrent que la consommation problématique de drogue s'est stabilisée depuis la fin des années 90, tandis qu'en Estonie une forte augmentation de certains indicateurs de la consommation problématique de drogue a été observée. Au regard de la vulnérabilité potentielle à la toxicomanie des pays en période de transition sociale et économique, il est urgent de développer des capacités de surveillance dans les nouveaux États membres.

Modèles et étendue de la consommation

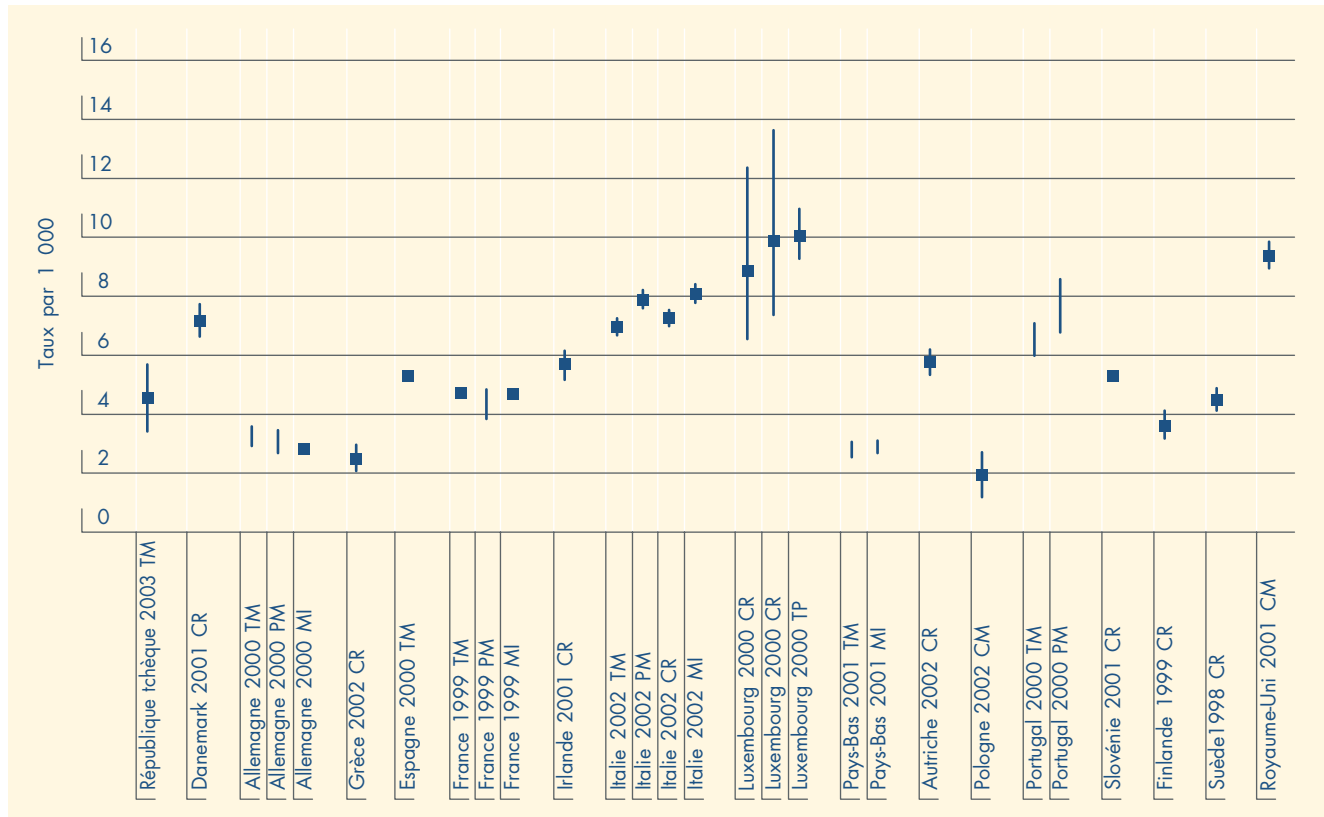
La consommation problématique de drogue peut être divisée en plusieurs groupes importants. On peut établir une distinction générale entre la consommation d'héroïne, qui représente historiquement la plus grande part de la consommation problématique de drogue dans la majorité des pays de l'UE, et la consommation problématique de stimulants, qui est prédominante en Finlande et en Suède, où la majorité des usagers de drogue à problème sont principalement des consommateurs d'amphétamines. De même, en République tchèque, les consommateurs de métamphétamine constituent traditionnellement une proportion significative des usagers de drogue à problème.

La consommation problématique de drogue semble se diversifier de façon croissante et l'OEDT est actuellement en train d'examiner si la définition opérationnelle européenne doit être remaniée à la lumière de l'évolution du phénomène

⁽⁸⁴⁾ Pour plus de détails, voir les remarques méthodologiques sur la consommation problématique de drogue dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁸⁵⁾ Voir Prévalence_Tbl. 3 et Prévalence_Tbl. 4 dans le bulletin statistique 2004.

Graphique 11 — Taux estimé de consommation problématique de drogue (taux par 1 000 âgés de 15 à 64 ans)



NB: CR = capture-recapture (saisie-resaisie); TM = Treatment Multiplier (multiplicateur de traitement); PM = Police Multiplier (multiplicateur de police); MI = Multivariate Indicator (indicateur à plusieurs variables); TP = Truncated Poisson (régression tronquée de Poisson); CM = Combined Methods (méthodes combinées). Les groupes cibles pouvant varier légèrement en raison des différentes méthodes et sources de données, les comparaisons doivent être effectuées avec précaution. Pour plus de détails, voir «Prévalence Tbl. 3» et «Tbl. 4» dans le bulletin statistique 2004. L'estimation concernant la Suède a été ajustée pour tenir compte de la définition de la consommation problématique de drogue selon l'OEDT. L'estimation espagnole ne comprend pas la consommation problématique de cocaïne; une estimation plus élevée est disponible dans «Prévalence Tbl. 3» et «Tbl. 4», qui tiennent compte de ce groupe mais ne sont peut-être pas aussi fiables.

Sources: Points focaux nationaux. Voir également le projet de l'OEDT, *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000* (Estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogue dans l'Union européenne, 1995-2000) CT.00.RTX.23, Lisbonne, OEDT, 2003. Coordonné par l'Institut für Therapieforschung, Munich (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

de la drogue. Par exemple, les problèmes de polytoxicomanie sont devenus progressivement plus importants dans la plupart des pays, tandis que certains pays dans lesquels les problèmes liés aux opiacés ont été longtemps prédominants signalent actuellement une évolution vers d'autres drogues. En Espagne, les estimations du nombre d'usagers d'opiacés à problème sont en baisse et l'on observe une augmentation des problèmes liés à la cocaïne. Cependant, les tendances fiables en termes de temps de l'usage problématique de drogue comprenant l'usage problématique de cocaïne ne sont pas disponibles. L'Allemagne et les Pays-Bas font état d'une proportion croissante de consommateurs de crack parmi leurs populations d'usagers de drogue à problème, même si l'estimation globale des usagers de drogue à problème des Pays-Bas demeure inchangée.

Le taux moyen pondéré de la consommation problématique de drogue dans l'UE se situe probablement entre quatre et sept cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans, ce qui équivaut à 1,2 à 2,1 millions d'usagers de drogue à problème dans l'UE après l'élargissement, dont 850 000 à

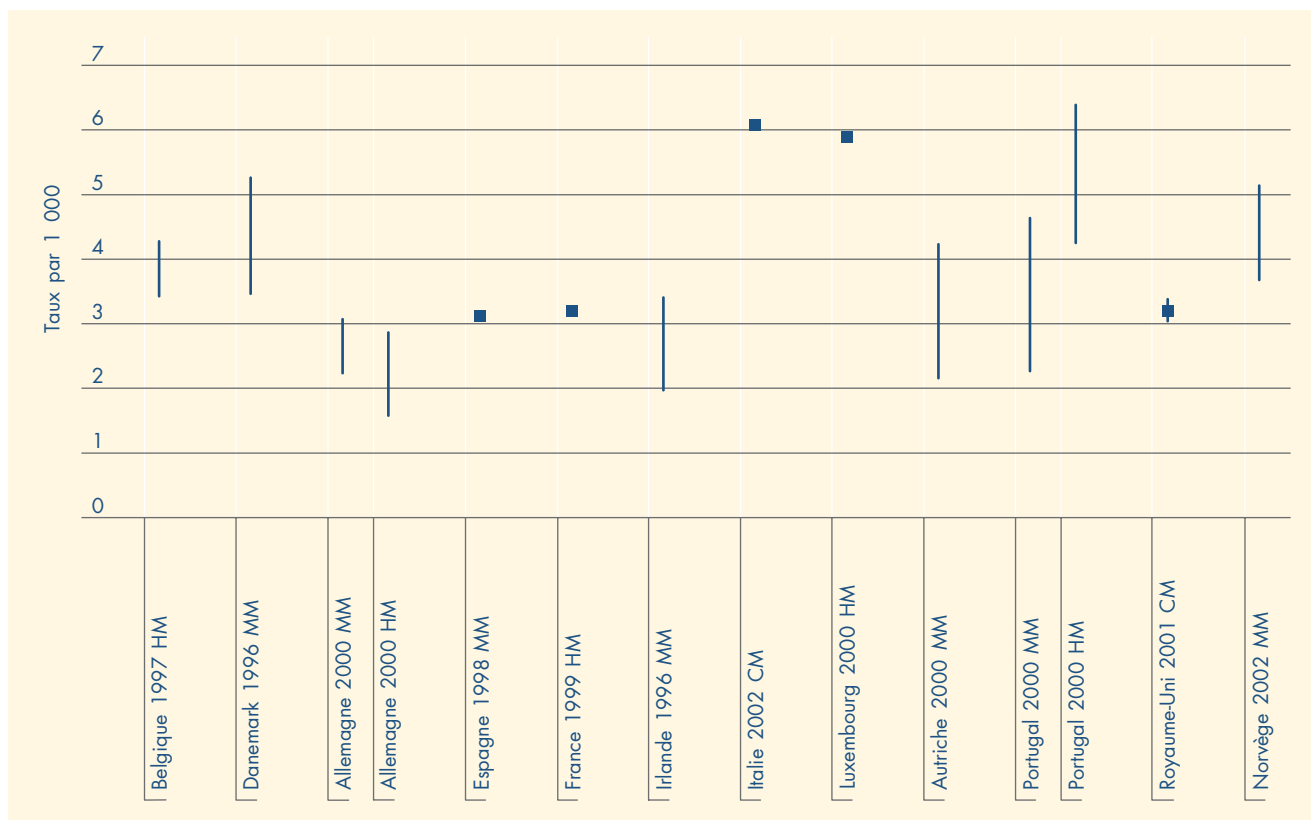
1,3 million sont des consommateurs actifs par voie d'injection. Toutefois, ces estimations sont loin d'être solides et devront être affinées lorsque l'on disposera de données supplémentaires concernant les nouveaux États membres.

Consommation de drogue par voie d'injection

Les consommateurs de drogue par voie d'injection sont très exposés au risque de conséquences négatives, et il est par conséquent important de considérer séparément la consommation par voie d'injection, en tant que catégorie principale de la consommation problématique de drogue.

Les estimations de la consommation de drogue par voie d'injection sont effectuées à l'aide de méthodes indirectes (techniques, coefficients) à partir de données sur la mortalité et les infections par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le virus de l'hépatite C (VHC). Là encore, la qualité des données et les problèmes méthodologiques soulèvent des doutes quant à leur interprétation; par exemple, dans ces estimations, il est difficile de distinguer la consommation actuelle par voie d'injection de la

Graphique 12 — Taux estimé de la consommation de drogue par voie d'injection (taux par 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans)



NB: MM = *Mortality Multiplier* (multiplicateur de mortalité); HM = *HIV Multiplier* (multiplicateur de VIH); CM = *Combined Methods for IDU* (injection drug use) estimations (méthodes combinées pour estimations des UDVI).

Les groupes cibles pouvant varier légèrement en raison des différentes méthodes et sources de données, les comparaisons doivent être effectuées avec précaution. Les multiplicateurs de mortalité et de VIH sont censés aboutir à des estimations concernant la consommation de drogue par injection (principalement à l'heure actuelle), ce qui ne constitue qu'une portion de l'usage problématique de drogue. Les autres méthodes sont censées produire des estimations de la consommation problématique de drogue en général. Pour plus de détails, voir «Prévalence Tbl. 3» et «Tbl. 4» dans le tableau statistique 2004.

Sources: Points focaux nationaux. Voir également le projet de l'OEDT, *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000* (Estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogue dans l'Union européenne, 1995-2000), CT.00.RTX.23, Lisbonne, OEDT, 2003. Coordonné par l'Institut für Therapieforschung, Munich (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

consommation par voie d'injection au cours de la vie, et les comparaisons entre les pays devraient être effectuées avec prudence. Les estimations disponibles au niveau national sur la consommation de drogue par voie d'injection varient entre deux et six cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans (graphique 12).

L'analyse des taux d'injection parmi les héroïnomanes sous traitement indique de nettes différences entre les pays en ce qui concerne la prévalence de la consommation actuelle de drogue par voie d'injection et des tendances variables au cours du temps⁽⁸⁶⁾. Les données disponibles montrent que moins de la moitié (43 %) des patients traités pour la première fois pour héroïnomanie font état d'une consommation actuelle par voie d'injection, contre deux tiers (62 %) de l'ensemble des patients traités (moyennes pondérées). Dans certains pays (Espagne, Pays-Bas, Portugal), une proportion relativement faible d'héroïnomanes semble avoir recours à l'usage par injection, tandis que dans d'autres pays (République tchèque, Slovaquie, Finlande), l'injection d'héroïne est

toujours la norme. Dans plusieurs «anciens» pays de l'UE pour lesquels des données sont disponibles, la consommation de drogue par voie d'injection semble avoir chuté dans les années 90. Toutefois, il est inquiétant de constater que dans d'autres pays (Allemagne, Irlande, Finlande), la consommation de drogue par voie d'injection semble ne pas être en diminution et montre même des signes d'augmentation, alors que dans les nouveaux États membres, du moins dans ceux où les données existent, presque tous les héroïnomanes semblent avoir recours à l'injection.

Saisies et informations concernant le marché⁽⁸⁷⁾

Production, trafic et saisies d'opiacés

La plus grande part de l'opium et de l'héroïne illicites provient d'un petit nombre de pays (ONUDD, 2003a). La production mondiale d'opium illicite en 2002 était

⁽⁸⁶⁾ Voir le graphique 9 EL: Tendances de la consommation de drogue par voie d'injection.

⁽⁸⁷⁾ Voir chapitre 3, encadré «L'interprétation des données de saisies et de marché», p. 31.

estimée à environ 4 500 tonnes métriques, dont 76 % provenaient d'Afghanistan; la majorité de la proportion restante émanait d'Asie du Sud-Est, dont 18 % du Myanmar et 3 % du Laos. La production mondiale d'opium est restée stable au cours des cinq dernières années, sauf en 2001 lorsqu'une interdiction de la culture du pavot à opium appliquée par le régime taliban en Afghanistan a abouti à une réduction considérable, quoique de courte durée.

L'héroïne consommée dans l'UE est principalement produite en Afghanistan ou le long des itinéraires de trafic d'opium, notamment en Turquie (ONUDD, 2003a), et pénètre en Europe par deux principaux itinéraires de trafic. La route des Balkans continue de jouer son rôle historique essentiel dans la contrebande d'héroïne. Après un transit par le Pakistan, l'Iran et la Turquie, l'itinéraire se divise ensuite en une branche méridionale traversant l'Ancienne République Yougoslave de Macédoine, l'Albanie, une partie de l'Italie, la Serbie, le Monténégro et la Bosnie-et-Herzégovine, et une branche septentrionale traversant la Bulgarie, la Roumanie, la Hongrie et l'Autriche. Depuis le milieu des années 90, l'héroïne est de plus en plus exportée en contrebande vers l'Europe par la «route de la soie» via l'Asie centrale, la mer Caspienne et la Fédération de Russie (rapports nationaux Reitox, 2003; ONUDD, 2003a; CND, 2004; OICS, 2004a). Bien que ces itinéraires soient les plus importants, des saisies ont été effectuées occasionnellement dans d'autres lieux, notamment dans certains pays africains et en Colombie.

Outre l'héroïne importée, certaines drogues opiacées sont produites au sein de l'UE. Il s'agit principalement de la production en quantité limitée de produits de fabrication «maison» à base de pavot (par exemple du concentré de pavot à partir de tiges ou de têtes de pavot broyées) dans un certain nombre de pays de l'Est de l'UE tels que la République tchèque, l'Estonie, la Lituanie et la Pologne. Certains faits tendent à prouver que ces produits «maison» sont supplantés sur le marché illicite par l'héroïne importée.

En termes de volume, en 2002, l'Asie (52,5 %) et l'Europe (28,1 %) représentaient toujours la majorité de l'héroïne saisie dans le monde (CND, 2004), les saisies européennes d'héroïne étant concentrées dans les pays occidentaux. Depuis 1998, le pays de l'UE affichant le plus grand nombre et les plus grandes quantités en matière de saisies d'héroïne est le Royaume-Uni, devant l'Espagne⁽⁸⁸⁾. En 2001, le Royaume-Uni a été responsable d'un tiers du nombre total de saisies d'héroïne et de 40 % de la quantité totale d'héroïne saisie dans l'UE.

Les quantités d'héroïne saisies⁽⁸⁹⁾ dans l'UE étaient stables jusqu'en 1998, puis ont augmenté en 1999 et 2000. En se fondant sur les tendances des pays pour lesquels les données sont disponibles, il semble que la quantité totale d'héroïne saisie dans l'UE soit demeurée stable depuis

2000⁽⁹⁰⁾, bien que le nombre de saisies d'héroïne en 2002 ait diminué dans tous les pays disposant de données⁽⁹¹⁾.

Une évolution inquiétante est le récent signalement du trafic de fentanyl, un opiacé de synthèse qui est jusqu'à 100 fois plus puissant que l'héroïne⁽⁹²⁾. Récemment, des saisies ont été rapportées dans quelques pays bordant la mer Baltique et dans la Fédération de Russie. La Suède a effectué deux saisies de fentanyl en 2002 et 23 en 2003. En Estonie, le fentanyl et le méthylfentanyl sont apparus sur le marché des drogues en tant que substituts de l'héroïne à la fin de l'année 2001, menant à 68 saisies de fentanyl et 11 de méthylfentanyl en 2002. En Finlande, une grande expédition en gros de 3-méthylfentanyl a été saisie en 2002. En Lituanie, du fentanyl a été découvert dans six saisies en 2002. L'OICS (2004a) a rapporté une récente saisie de 41 kg de fentanyl en Ukraine et le démantèlement de trois laboratoires où la substance était synthétisée. Une augmentation considérable de fentanyl sur le marché européen de la drogue serait très inquiétante, étant donné son fort potentiel de nuisance. Ce constat est accentué par les rapports des pays baltes sur les décès dus à des surdoses au cours des deux dernières années dans lesquels du fentanyl a été décelé à l'analyse toxicologique, souvent en association avec l'héroïne. La vigilance est de mise étant donné que cette drogue peut passer inaperçue, en particulier si elle est mélangée à de l'héroïne illicite pour augmenter sa puissance globale. En outre, certains rapports isolés signalent l'usage de produits dérivés du fentanyl; par exemple, en Grèce, d'après des rapports, des consommateurs de drogue ont extrait du fentanyl de timbres analgésiques Durogesic®.

La buprénorphine — un opioïde pharmaceutique — semble apparaître sur le marché noir dans certains pays de l'UE, tels que la République tchèque, où le Subutex® a fait son apparition en 2002, et au Royaume-Uni, où des saisies ont été signalées au cours des trois dernières années. La Finlande a signalé des saisies significatives de Subutex® en 2001 et 2002, et la Norvège a signalé une saisie importante de Temgesic® en 2002. Dans une certaine mesure, cela n'a rien de surprenant, car les prescriptions de buprénorphine ont considérablement augmenté dans un grand nombre de pays. Toutefois, cette drogue est formulée de façon à présenter de faibles risques d'abus; ces rapports méritent donc une analyse plus approfondie.

Action internationale contre le trafic d'héroïne

La coopération internationale s'est accrue pour tenter de relever le défi de l'augmentation de la production d'héroïne en provenance de l'Afghanistan (Europol, 2003). Depuis 2002, le projet d'Interpol NEHRO⁽⁹³⁾ est axé sur un nouvel itinéraire de trafic d'héroïne entre l'Asie centrale et l'Europe

⁽⁸⁸⁾ Ces informations doivent être vérifiées par rapport aux données manquantes de 2002 lorsqu'elles seront disponibles. Les données concernant le nombre de saisies d'héroïne en 2002 n'étaient pas disponibles pour la Belgique, la Hongrie, les Pays-Bas et la Pologne; les données concernant à la fois le nombre de saisies d'héroïne et les quantités saisies en 2002 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande, Chypre, Malte, la Slovaquie et le Royaume-Uni.

⁽⁸⁹⁾ Voir Marchés_Tbl. 4 dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁹⁰⁾ Ces informations doivent être vérifiées par rapport aux données manquantes de 2002 lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁹¹⁾ Ibid.

⁽⁹²⁾ Si du fentanyl était consommé accidentellement en étant confondu avec de l'héroïne, le risque de toxicité serait très élevé.

⁽⁹³⁾ North European heroin route (Itinéraire nord-européen de l'héroïne).

occidentale (Interpol, 2002; Europol, 2003). L'Organisation mondiale des douanes (OMD) a également lancé l'opération Tamerlane, qui vise à l'intégration des mesures de répression, avec la participation des services de douanes, de police et des gardes-frontières de tous les pays par lesquels passe la route de la soie ou qui en sont frontaliers (OMD, 2003a).

Au cours de l'année 2003, l'opération «Topaz», le programme international de prévention du détournement d'anhydride acétique, un important produit chimique utilisé dans la fabrication de l'héroïne, a identifié des réseaux de trafic et des sociétés écrans détournant ce produit en Europe. L'Afghanistan et d'autres pays asiatiques se sont joints à cette opération. L'opération Topaz fait partie des diverses activités coordonnées au niveau international dans la lignée d'une orientation visant les précurseurs chimiques nécessaires à la production de drogue illicite au même titre que les substances elles-mêmes.

Prix et pureté de l'héroïne

En Europe, l'héroïne se présente sous deux formes: l'héroïne brune, qui est la plus couramment disponible (sous forme de base chimique), et l'héroïne blanche, moins courante et plus chère (sous forme de sel), qui provient généralement de l'Asie du Sud-Est. En 2002, dans l'UE, d'après les rapports, le prix moyen de vente dans la rue de l'héroïne brune variait entre 29 euros par gramme en Hongrie et 161 euros par gramme en Suède, tandis que le prix de l'héroïne blanche s'échelonnait entre 32 (Hongrie) et 213 (Suède) euros par gramme⁽²⁴⁾. Cette différence de prix reflète probablement le degré de pureté de la drogue vendue. Au cours des cinq dernières années, le prix moyen au détail de l'héroïne brune comme de la blanche est resté stable ou a diminué dans les pays qui ont rapporté des données, sauf en République tchèque, où les prix ont augmenté d'après les rapports. En 2002, le prix moyen de l'héroïne brune vendue dans la rue a baissé dans six pays de l'UE sur neuf qui ont fourni des données, tandis que pour l'héroïne blanche la majorité des pays (six sur dix) ont signalé une augmentation du prix moyen.

En 2002, la pureté moyenne de l'héroïne brune vendue dans la rue dans l'UE variait entre 10 % au Luxembourg et 43 % en Espagne, tandis que la pureté moyenne de l'héroïne blanche s'échelonnait entre 7 % en Estonie et en Finlande et 75 % en Norvège. Au cours des cinq dernières années, la pureté de l'héroïne a diminué ou est restée stable dans la plupart des pays de l'UE. En 2001, la pureté de l'héroïne brune a augmenté dans la plupart des pays rapportant de telles données (7 sur 10), mais cette tendance s'est inversée en 2002 lorsqu'une diminution considérable de la pureté moyenne a été signalée par cinq pays (sur sept): le Danemark, le Luxembourg, le Portugal, le Royaume-Uni et la Norvège. La pureté moyenne de l'héroïne blanche vendue dans la rue a diminué en 2001 comme en 2002, mais les données concernant les tendances au cours du temps ne sont disponibles que pour trois pays (le Danemark, l'Estonie et la Finlande).

⁽²⁴⁾ Voir Marchés_Tbl. 14 dans le bulletin statistique 2004.

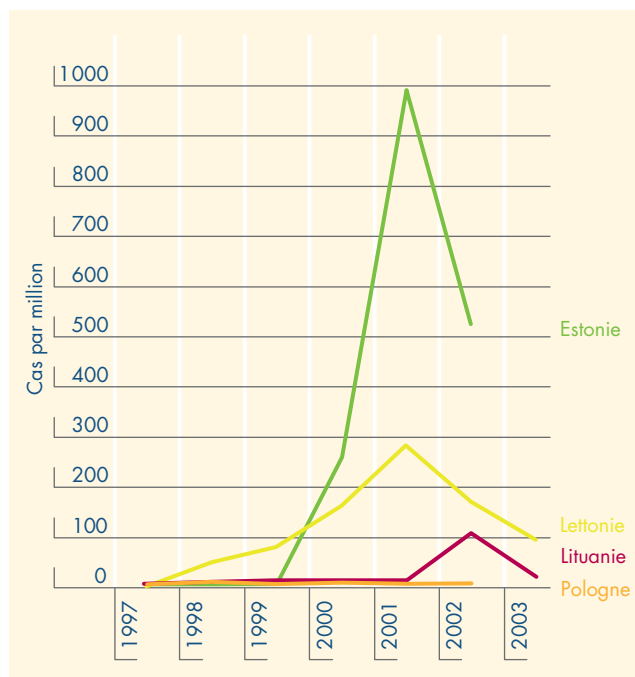
Maladies infectieuses liées à la drogue

VIH

L'épidémie de VIH se propage rapidement dans certains des nouveaux pays de l'UE et dans les pays voisins. L'Estonie, la Lettonie, la Russie et l'Ukraine font partie des pays qui enregistrent la plus grande croissance de l'épidémie de VIH dans le monde. Les taux de prévalence varient considérablement dans les autres nouveaux pays de l'UE et plusieurs sont encore exposés au risque d'une épidémie similaire. Parmi les «anciens» pays de l'UE, certains qui ont jusqu'ici évité des épidémies importantes de VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) présentent actuellement des signes d'une augmentation des risques.

L'analyse des données de signalement de cas concernant les UDVI suggère que l'incidence du VIH a atteint un niveau record en Estonie et en Lettonie en 2001, à des taux respectifs de 991 et 281 cas par million d'habitants, suivi d'une diminution en 2002 qui a abaissé les taux aux niveaux toujours très élevés de 525 et 170 par million et par an (graphique 13) (EuroHIV, 2004). Les raisons de la baisse observée peuvent être des défauts de signalement, la saturation des UDVI les plus exposés au risque et/ou un changement de comportement. Parmi les nouveaux États de l'UE, l'Estonie (6,2-13 %), la Lettonie (6,6-14,6 %) et la Pologne (6,8-9,1 %) ont signalé la prévalence la plus élevée dans différents échantillons nationaux d'UDVI testés en

Graphique 13 — Nouveaux cas diagnostiqués d'infections par le VIH déclarés chez les UDVI par million de personnes dans certains nouveaux États membres de l'UE



Source: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (Centre européen de surveillance épidémiologique du sida) (EuroHIV).

2001-2003, alors qu'au cours de ces mêmes années des taux locaux élevés de 41 % (sur 964), 22 % (sur 205) et 29,7 % (sur 165) ont été relevés dans ces trois pays respectivement. En Estonie, les données de prévalence du VIH provenant de sources multiples semblent confirmer une baisse récente de la prévalence parmi les UDVI testés (6,2 % en 2002 sur un échantillon de 1 186 UDVI sondés au niveau national, en baisse de 13 % par rapport au chiffre de 2 078 en 2001). En Lettonie, les données nationales émanant des centres de traitement indiquent également une prévalence en baisse chez les UDVI testés (13,7 % en 2001 par rapport à 6,6 % en 2003). Toutefois, les données provenant d'autres sources nationales (données se rapportant aux hôpitaux et aux arrestations: 7,8 % en 2000 à 14,6 % en 2002) ainsi que des sources locales (lieux multiples dans la région de Riga et à Tukums: 18,3 % en 2000 à 22 % en 2003) suggèrent une augmentation continue de la prévalence dans d'autres échantillons d'UDVI testés. En Lituanie, une forte augmentation des nouveaux cas déclarés de VIH s'est produite très récemment, en 2002, en raison d'une épidémie importante dans une prison; toutefois, la prévalence chez les UDVI reste faible (en 2002 et 2003, 1 % sur 2 831 et 2,4 % sur 1 112 UDVI de lieux multiples au niveau national, et 0,6 % sur 641 UDVI et 0,4 % sur 235 UDVI participant à un programme d'échange de seringues à Vilnius). L'épidémie carcérale illustre à la fois l'urgence de mettre en œuvre des mesures de prévention dans ce pays et les autres régions où la prévalence chez les UDVI est encore faible et l'importance du rôle que les prisons peuvent jouer dans la propagation du VIH chez les UDVI (Dolan, 1997-1998; Dolan et al., 2003).

En Pologne, les données nationales sur la prévalence provenant des laboratoires de santé publique indiquent une diminution de la prévalence chez les UDVI, qui est passée de 10,7 % (sur 3 106) en 2000 à 6,8 % (sur 2 626) en 2002. Cette diminution correspond à la tendance des nouveaux cas déclarés chez les UDVI, qui ont diminué, après un niveau record de 8,6 par million d'habitants en 2000, à des taux de 5,1 et 6,9 en 2001 et 2002 respectivement. Les données locales sur la prévalence indiquent néanmoins une prévalence élevée dans la région de Pomorskie en 2002 (30 % sur 165 UDVI recrutés sous traitement de la toxicomanie et dans la rue, 15 % sur 69 dans l'échantillon de la rue uniquement), même s'il convient de noter que la prévalence chez les UDVI sous traitement de la toxicomanie peut surestimer la prévalence parmi l'ensemble de la population des UDVI. Dans les autres nouveaux pays de l'UE, la prévalence du VIH chez les UDVI était encore très faible en 2000-2001, bien que l'on ne dispose pas de données plus récentes la plupart du temps. La prévalence du VIH était en moyenne inférieure à 1 % en République tchèque, en Slovaquie et en Slovaquie, de même que dans les pays voisins candidats à l'UE, la Roumanie et la Bulgarie (OEDT, 2003a). Bien que ces pays aient jusqu'ici évité les épidémies de VIH chez les UDVI,

l'augmentation de la consommation de drogue par voie d'injection peut mener dans un avenir proche à une augmentation de la prévalence de l'infection par le VIH et de l'hépatite si les mesures de prévention ne sont pas suffisantes (voir le paragraphe intitulé «Réduire le nombre des infections liées à la drogue», p. 57).

Dans les 15 anciens États membres, l'épidémie de VIH chez les UDVI semble généralement stabilisée ou en baisse selon les données de signalement des cas de VIH, avec des taux pour 2002 s'échelonnant entre 1,3 nouveau cas par million d'habitants en Grèce et 115,7 au Portugal (ce dernier ayant connu une diminution jusqu'à 88,4 en 2003) (EuroHIV, 2004). Toutefois, un signalement national des cas n'est pas institué dans les pays présentant les plus grandes épidémies concernant les UDVI; or, les tendances au cours du temps dégagées à partir du signalement des cas peuvent être trompeuses au niveau de l'UE et les données de séroprévalence provenant des UDVI constituent un complément important. Les données de prévalence disponibles au niveau national indiquent de grandes variations entre les pays ainsi qu'au sein même des États: de 0-1 % en Finlande (données provenant des programmes d'échange de seringues) à 9,7-35 % chez les usagers de drogue dans différents échantillons nationaux en Espagne (2001-2003) (graphique 14). La prévalence chez les UDVI testés est en général stable ou en diminution⁽⁹⁵⁾, même si une prévalence stable ne signifie pas que la transmission de la maladie ne se produit plus et, dans certains pays, des augmentations de la prévalence depuis le milieu des années 90 ont été enregistrées au niveau local ou régional. En outre, dans certaines zones locales où des augmentations ont été signalées auparavant, on ne dispose pas de données plus récentes. Les augmentations de la prévalence peuvent indiquer que les mesures de prévention dans ces zones sont insuffisantes, même dans certaines zones présentant des épidémies de longue date. La transmission continue chez les UDVI dans plusieurs régions se manifeste également par une forte prévalence chez les jeunes (moins de 25 ans) et les nouveaux UDVI (qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans) (OEDT, 2003b)⁽⁹⁶⁾. Dans les régions où la prévalence du VIH est restée élevée chez les UDVI, des efforts de prévention soutenus sont importants pour prévenir la transmission à de nouveaux UDVI, aux partenaires sexuels des UDVI et de la mère à l'enfant.

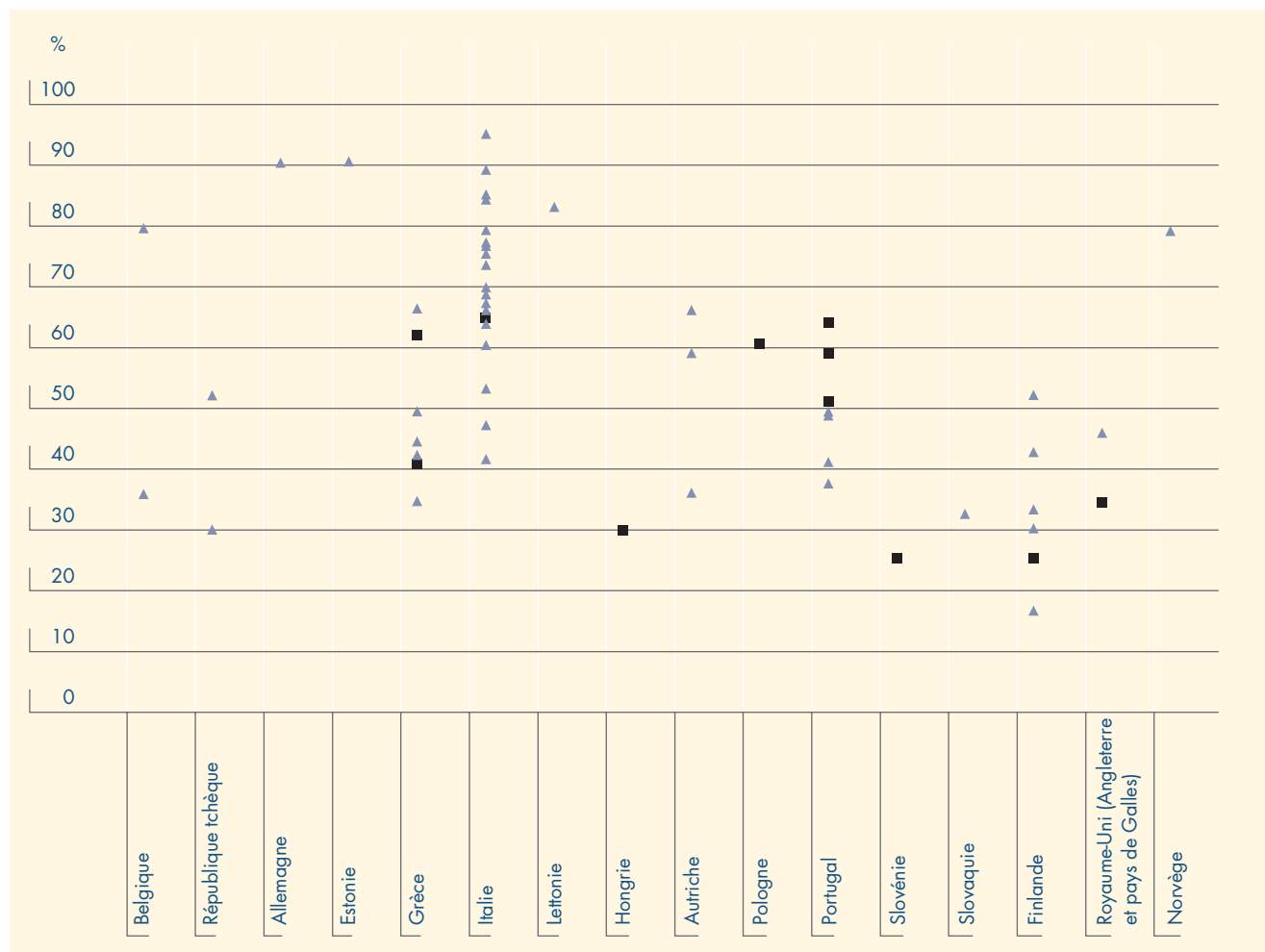
Hépatites B et C et autres infections

La prévalence d'anticorps aux virus de l'hépatite B (VHB) (6-85 %) et de l'hépatite C (VHC) (17-95 %) chez les UDVI dans l'UE est généralement extrêmement élevée, ce qui indique des besoins considérables en matière de traitement et de prévention (graphique 15). La prévalence du VHC est plus faible (25-33 %) dans certains des pays où la prévalence du VIH est également faible (notamment certains nouveaux pays de l'UE: Hongrie, Slovaquie, Slovaquie), ce qui laisse à penser que les comportements à risque ne sont

⁽⁹⁵⁾ Pour plus de détails sur ces données et pour consulter les sources originales, voir *Maladies infectieuses_Tbl. 1* et *Maladies infectieuses_Tbl. 8* dans le bulletin statistique 2004.

⁽⁹⁶⁾ Ibid.

Graphique 15 — Prévalence d'infection au VHC chez les UDVI — études à couverture nationale et locale, 2001-2002



NB: ■ = échantillons avec couverture nationale; ▲ = échantillons avec couverture locale/régionale.
 Les différences entre les pays sont à interpréter avec prudence en raison des différents types de lieux et/ou méthodes d'étude; les stratégies d'échantillonnage nationales varient.
 Les données concernant le Portugal et l'Italie comprennent les non-UDVI et sont, de ce fait, susceptibles de sous-estimer la prévalence parmi les UDVI (proportion de non-UDVI dans les échantillons: Italie, 5-10 %, Portugal, non connu). En ce qui concerne la République tchèque, c'est le cas dans certains des échantillons.
 Les données concernant l'Angleterre et le pays de Galles et une partie des données relatives à la Finlande sont basées sur des tests de salive qui sous-estiment la prévalence de VHC.
 Les données concernant la Belgique, l'Italie, la Hongrie, le Portugal, la Slovénie et la Slovaquie sont limitées à la prévalence au VHC parmi les UDVI sous traitement et ne sont pas représentatives de la prévalence du VHC parmi les UDVI qui ne sont pas sous traitement.
 Source: Points focaux nationaux Reitox. Pour les sources primaires, les détails relatifs aux études et les données avant 2001, voir Maladies infectieuses_Tbl. 11 dans le bulletin statistique 2004.

(Wiessing et Kretzschmar, 2003), il est important qu'elles permettent le suivi des tendances, particulièrement chez les UDVI. Globalement, la situation épidémiologique des maladies infectieuses chez les UDVI est grave. Cet état de fait nécessite un dépistage systématique chez les usagers de drogue à chaque fois qu'ils entrent en contact avec les services de santé, ainsi que la garantie de ressources suffisantes pour la prévention et le traitement.

Réduire le nombre des infections liées à la drogue

Depuis 2001, on assiste à une nouvelle augmentation du nombre et de la couverture géographique des programmes d'échange de seringues (PES) dans plusieurs États

membres⁽⁹⁷⁾. En particulier, en Estonie et en Lettonie, on observe un essor rapide de nouveaux services, avec l'aide des subventions locales, nationales et internationales en réaction à des épidémies importantes de VIH. En Écosse, le nombre de seringues échangées a presque été multiplié par trois entre 1997 et 2002, et de nouvelles augmentations sont prévues après la hausse du nombre maximal de seringues qui passe à 60 par visite de patient, ce qui facilite l'échange entre pairs. Pour combler les disparités géographiques qui demeuraient dans les pays de l'Europe occidentale, des PES ont désormais été créés également en Irlande du Nord (programme pharmaceutique) et en Flandre (Belgique). Toutefois, en Suède, les discussions concernant l'extension des PES sont toujours en cours.

⁽⁹⁷⁾ Voir le tableau 6 EL: Fourniture et types de programmes d'échange de seringues (PES), participation des pharmacies, nombre de seringues distribuées/vendues.

Lorsque des études sur l'accès aux seringues ont été menées, les résultats montrent que l'achat dans les pharmacies est la source de matériel d'injection la plus fréquente (30 à 45 % des patients des PES en Belgique, 32 % au Luxembourg et 30 à 40 % en Hongrie). Dans quatre pays, les pharmacies jouent un rôle important dans l'échange ou la fourniture de seringues: en Espagne, au Portugal et au Royaume-Uni, les pharmacies remplacent les seringues gratuitement, et en France des «stérikit» subventionnés par l'État sont vendus principalement en pharmacie. Grâce à la participation des pharmacies, ces quatre pays ont atteint une bonne couverture géographique des points d'échange de seringues. Dans les autres pays, les usagers de drogue doivent acheter les seringues (et l'attirail nécessaire); or, le prix élevé dans certains pays constitue une source de préoccupation ⁽⁹⁸⁾.

La France et le Portugal signalent que le nombre de seringues obtenues dans les pharmacies est en diminution. En France, la vente des seringues a baissé de 45 % entre 1999 et 2002, chutant de 16,5 millions à 9 millions. Ces réductions n'ont pas été compensées par une activité accrue dans les PES. Parmi les explications possibles, on peut avancer une augmentation des modes de consommation autres que l'injection, l'accès accru des usagers par voie d'injection aux traitements de substitution, ou même une augmentation du niveau d'échange de seringues (Emmanuelli, 2003).

Les PES peuvent être mis en œuvre par le biais d'une série de méthodes différentes: des organismes à bas seuil pour les toxicomanes, les pharmacies, les centres sanitaires et sociaux, des cellules mobiles d'échanges (un autobus aménagé ou des travailleurs sociaux de proximité) ainsi que des machines spéciales. Dans plusieurs nouveaux États membres (République tchèque, Pologne, Slovaquie) et en Bulgarie en particulier, mais également en Belgique, en Irlande et au Royaume-Uni, les travailleurs sociaux de proximité chez les pairs jouent un rôle de plus en plus important en fournissant du matériel stérile aux usagers de drogue (McVeigh et al., 2003).

Évolution dans le traitement des infections liées à la drogue

Des taux élevés d'infection par le virus VHC de l'hépatite C parmi les usagers de drogue inquiètent de plus en plus les professionnels de la santé. Entre 60 et 80 % des personnes ayant contracté le virus sont atteintes d'infection chronique, ce qui entraîne des maladies du foie en stade final dans 20 % des cas, mais l'accès des usagers de drogue au traitement de l'hépatite C est faible. Un point sur la politique et une monographie scientifique sur l'hépatite C produits par l'OEDT sont disponibles en ligne (OEDT, 2003c, OEDT, 2004d) ⁽⁹⁹⁾.

La situation des usagers de drogue en ce qui concerne l'accès au traitement des maladies du foie demande à être

améliorée dans la plupart des pays. Étant donné que les lignes directrices en matière de traitement sont considérées comme un outil important pour guider la mise en œuvre du traitement médical, l'OEDT a effectué une analyse des lignes directrices pour le traitement de l'infection au VHC chez les usagers de drogue dans les 15 «anciens» pays de l'UE et en Norvège en 2003/2004 ⁽¹⁰⁰⁾. L'étude a révélé que dans de nombreux pays une révision de l'orientation nationale était en cours, tenant compte d'options de traitement améliorées et de résultats sensiblement meilleurs. Certains nouveaux documents d'orientation se référaient explicitement aux travaux de recherche qui corroboraient les avantages qu'avaient les usagers de drogue à bénéficier de traitements fournis par des équipes interdisciplinaires d'hépatologues et de spécialistes de l'usage de la drogue.

Des financements spécifiques doivent être mis à disposition par le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) pour fournir des traitements antirétroviraux à des patients d'Estonie et de Bulgarie (pays candidat): le nombre de personnes qui devraient recevoir un traitement antirétroviral est de 500 en Estonie et de 200 en Bulgarie (secrétariat du GFATM, 2004).

Nouvelles tendances des prestations de services

Les principales tendances des prestations de services à bas seuil pour les usagers de drogue, axées à l'origine sur l'échange de seringues, comprennent une intégration accrue avec d'autres services axés sur la survie, tels que les centres d'hébergement d'urgence, et avec les services médicaux et de soins de santé, ainsi que l'extension des heures d'ouverture le soir, la nuit et le week-end.

Devant faire face à un nombre croissant d'usagers de drogue chaotiques montrant peu d'inclination à faire appel à eux, les services néerlandais compétents en matière de drogue recourent à la persuasion «amicale» pour arriver à convaincre les usagers normalement hors d'atteinte à entreprendre des soins. Cette approche, appelée «soin interventionnel» (*interferential care*), permet d'offrir un service de proximité efficace à un groupe de personnes vulnérables atteintes de multiples problèmes et qui, bien que se trouvant dans une situation alarmante qui menace leur qualité de vie, ne recourent pas aux infrastructures de soins habituelles (Roeg et al., 2004).

Les contacts avec les usagers de drogue et les personnes à risque sont essentiels pour la transmission des messages d'éducation sanitaire et la prévention des dommages sanitaires liés à la drogue. Cette démarche est appliquée à grande échelle en République tchèque, où un réseau dense de 93 services répartis à travers tout le pays a touché plus de 22 000 usagers de drogue à problème en 2002 — plus de la moitié de la population estimée des usagers de drogue (rapport national de la République tchèque, 2003, p. 35).

Plusieurs autres pays reconnaissent le rôle des services à bas seuil pour les toxicomanes en tant que plate-forme de soins médicaux de base tels que le traitement des blessures

⁽⁹⁸⁾ Voir le tableau 7 EL: Prix des types de seringues couramment utilisées (avec aiguille) en euros.

⁽⁹⁹⁾ Voir l'encadré 4 EL: Les problèmes clés de l'hépatite C, qui présente les résultats de trois publications de l'OEDT sur l'hépatite C.

⁽¹⁰⁰⁾ Analyse des lignes directrices pour le traitement des infections au virus de l'hépatite C en ce qui concerne l'accès au traitement pour les usagers de drogue.

et des abcès, par exemple les antennes de soins sur le terrain en Norvège. En Finlande, des services médicaux à bas seuil appelés «centres de conseil sanitaire» mènent avec succès des campagnes de dépistage et de vaccination. La possibilité de recevoir des soins médicaux attire même les usagers de drogue qui sont habituellement difficiles à atteindre, et le contact avec le personnel médical offre une possibilité, en plus des occasions offertes par l'échange de seringues, d'obtenir des ressources et de s'orienter vers des services tels que le conseil et les tests de dépistage du VIH, les soins médicaux et le traitement de la toxicomanie (OEDT, 2004a).

Le besoin de services à bas seuil est plus important dans les pays présentant des épidémies «anciennes», où les usagers de longue date par voie d'injection connaissent des problèmes sanitaires considérables et sont plus marginalisés et socialement exclus: la gamme croissante des services proposés peut aussi traduire une dépendance accrue de ce groupe vis-à-vis des services.

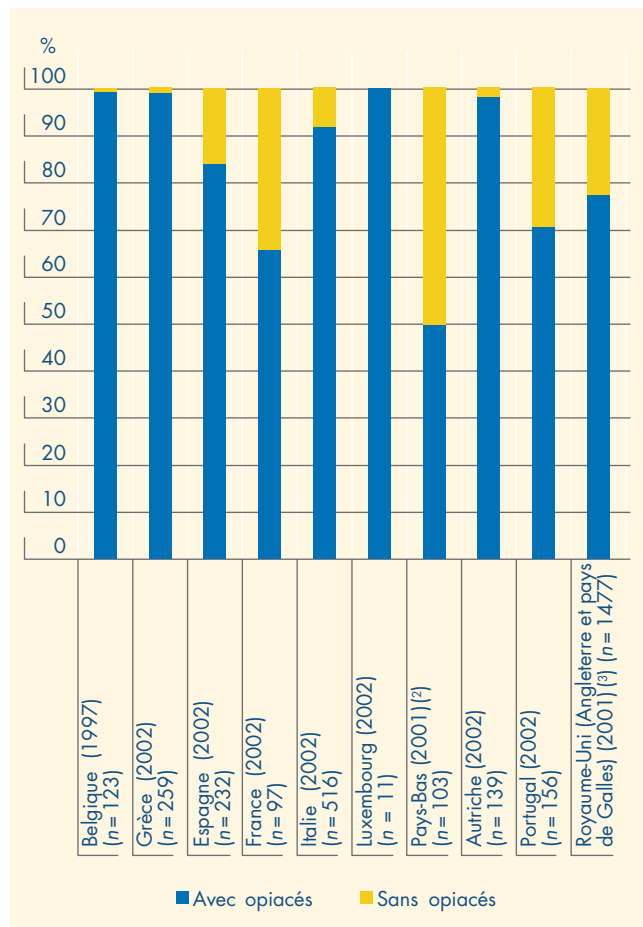
Décès liés à la drogue ⁽¹⁰¹⁾

Les opiacés sont présents dans la plupart des cas de «décès liés à la drogue ⁽¹⁰²⁾» dus à des substances illicites signalés dans l'UE, bien que dans de nombreux cas d'autres substances soient également identifiées lors de l'examen toxicologique (graphique 16) ⁽¹⁰³⁾.

Entre 1995 et 2001, 8 000 à 9 000 décès par surdose ont été signalés chaque année par les pays de l'UE ⁽¹⁰⁴⁾. On peut considérer que ces chiffres sont des estimations minimales, car le nombre de cas déclarés est probablement quelque peu sous-estimé dans la plupart des pays. La majorité des victimes de surdose sont des jeunes hommes (70-93 %) dont l'âge se situe à la fin de la vingtaine ou dans la trentaine, avec un âge moyen entre 31 et 40 ans. Dans la plupart des pays de l'UE, les victimes présentent une tendance au vieillissement, suggérant un «effet de vieillissement de cohorte» ⁽¹⁰⁵⁾. En Finlande et, dans une moindre mesure, en Grèce et au Royaume-Uni, cette tendance n'est pas apparente, fait qui mérite de l'attention car il peut indiquer une augmentation de l'incidence de l'injection ou de l'usage d'opiacés au cours des dernières années (graphique 17).

Régulièrement, des rapports émanant de divers pays de l'UE signalent des victimes de décès liés à la drogue chez lesquels la méthadone peut être identifiée. Comme tout opiacé, la méthadone est une substance potentiellement toxique, mais les recherches montrent clairement que le traitement de substitution réduit le risque de mortalité par surdose chez les participants au programme. Plusieurs études ont indiqué que les décès dans lesquels la

Graphique 16 — Proportion des décès avec ou sans la présence d'opiacés dans certains pays de l'UE, 2001-2002 ⁽¹⁾



- ⁽¹⁾ Ou la dernière année pour laquelle on dispose d'informations.
 - ⁽²⁾ Aux Pays-Bas, certains cas «sans opiacés» font référence à d'«autres stupéfiants non précisés» ou à d'«autres psychodysléptiques et psychodysléptiques non spécifiés», qui peuvent comprendre des cas sans opiacés et des cas dus à la cocaïne.
 - ⁽³⁾ Au Royaume-Uni, les informations toxicologiques sont basées sur le np-SAD (école de médecine de l'hôpital St George), à partir des rapports des *cornerers* (officiers de police judiciaire). Les cas comportant au moins une mention d'opioïde sont inclus; il peut y avoir des recoupements et la proportion totale peut être plus faible.
- NB: Dans certains pays, les définitions «nationales» du décès lié à la drogue comprennent un nombre limité de cas de décès indirectement liés à la consommation de drogue.
- Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits des registres des décès nationaux ou des registres spéciaux (médico-légaux ou de la police). Fondés sur des définitions nationales présentées dans les remarques méthodologiques «Définition des décès directement liés à la drogue dans les États membres». Voir également Décès liés à la drogue_Tbl. 1 dans le bulletin statistique 2004.

méthadone était en cause résultent plus probablement d'un usage illicite de la substance que d'un usage sur prescription, et d'autres travaux ont révélé un risque plus élevé pendant les phases initiales du traitement de maintenance par la méthadone. Ces résultats indiquent le

⁽¹⁰¹⁾ Pour une vue d'ensemble des décès liés à la drogue, voir «Décès liés à la drogue et mortalité chez les usagers de drogue» dans le rapport annuel de l'année dernière (OEDT, 2003b).

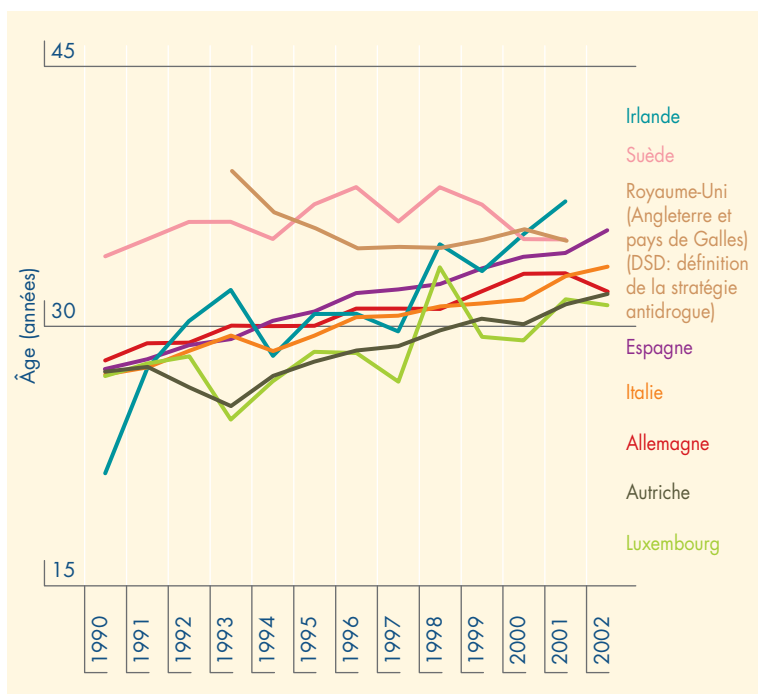
⁽¹⁰²⁾ Voir les remarques méthodologiques «Décès liés à la drogue — définition de l'OEDT» dans le bulletin statistique. Voir le protocole de l'OEDT pour les décès liés à la drogue (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁰³⁾ Voir Décès liés à la drogue_Tbl. 1 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁰⁴⁾ Voir Décès liés à la drogue_Tbl. 2 et Décès liés à la drogue_Tbl. 3 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁰⁵⁾ Voir le graphique 10 EL: Évolution de la proportion de personnes de plus de 35 ans parmi les victimes des décès liés à la drogue dans les pays de l'UE de 1990 à 2001-2002.

Graphique 17 — Âge moyen des victimes de décès liés à la drogue dans certains pays de l'UE, 1990-2001



NB: Le graphique présente les pays qui ont rapporté l'âge moyen des victimes la plupart des années de la période d'étude. Voir également le graphique 10 EL: Évolution de la proportion de personnes de plus de 35 ans parmi les décès liés à la drogue dans les pays de l'UE de 1990 à 2001-2002. Informations fondées sur des définitions nationales présentées dans les remarques méthodologiques sur les définitions nationales des décès directement liés à la drogue. En Angleterre et au pays de Galles, on utilise la «Définition de la stratégie antidrogue» (bulletin statistique 2004).
Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits des registres des décès nationaux ou des registres spéciaux (médico-légaux ou de la police).

besoin de garantir des normes de qualité pour les programmes de substitution.

Tendances des décès directement liés à la drogue

Si les tendances des décès liés à la drogue varient selon les pays, certaines tendances générales peuvent toutefois être dégagées pour les pays de l'UE. Une nette augmentation globale des décès liés à la drogue a été observée au cours des années 80 et au début des années 90 (106). Au cours de la période 1990-2000, et malgré des diminutions dans certains pays, la tendance globale à la hausse s'est poursuivie, bien qu'à un rythme inférieur. En 2000, 8 838 décès ont été signalés, contre 6 284 en 1990 (soit une augmentation de 40 %).

Entre 2000 et 2001/2002, beaucoup de pays de l'UE ont signalé une diminution du nombre de décès liés à la drogue qui, dans certains cas (Allemagne, Grèce, Irlande, Italie et

Portugal), a atteint une importance statistique. En Norvège, la police a également signalé une diminution sensible des décès liés à la drogue en 2002. Au niveau de l'UE, une baisse globale a été enregistrée entre 2000 (8 838 cas) et 2001 (8 306 cas), ce qui représente une réduction modeste, bien que significative sur le plan statistique (6 %) (graphique 18) (107).

On peut s'attendre à une tendance à la hausse des décès liés à la drogue dans les nouveaux États membres ou dans les pays candidats. Actuellement, la qualité des informations sur les décès liés à la drogue dans certains de ces pays est très limitée et les tendances observées devraient être interprétées avec prudence. L'Estonie et la Slovaquie affichent une tendance à la hausse, tandis qu'en Bulgarie et en République tchèque aucune tendance n'est perceptible.

Malgré des facteurs favorables tels que la tendance des usagers d'opiacés à moins recourir à l'injection dans un certain nombre de pays ainsi qu'une augmentation de l'offre de traitement, la baisse des décès liés à la drogue observée ces deux dernières années est faible (voire inexistante dans certains pays) et les chiffres actuels restent élevés sur le long terme.

Mortalité globale des usagers d'opiacés

Des études de mortalité de cohortes ont montré que les usagers d'opiacés ont un taux de mortalité jusqu'à vingt fois supérieur à celui de la population générale du même âge. L'OEDT coordonne actuellement un projet coopératif sur la mortalité de cohortes dans huit pays, et les résultats préliminaires ont été présentés dans de précédents rapports de l'OEDT. Une analyse complémentaire est en cours, avec l'ajout de cohortes de France et d'Écosse. Les résultats devraient être présentés dans de futurs rapports annuels.

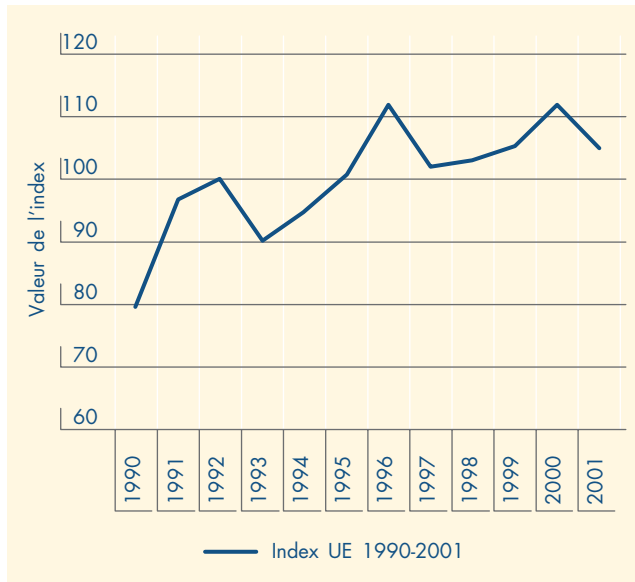
Réduction des décès liés à la drogue

Depuis le milieu des années 90, on connaît mieux les facteurs de risques sociaux et personnels, les risques de décès liés à la drogue et les circonstances dans lesquelles ils sont susceptibles de se produire, en particulier la surdose fatale d'héroïne (par exemple, Best et al., 2000; 2001; Origer et Delucci, 2002), et les résultats des recherches montrent que les approches médicales et éducatives présentent un potentiel considérable de réduction du nombre de décès. La réduction des décès par surdose récemment observée dans plusieurs pays (Espagne, France) a été attribuée à l'augmentation de la disponibilité du traitement de substitution (par exemple en France: rapport national, 2002, 2003) ainsi qu'à l'évolution du mode d'administration, avec une réduction de la consommation par injection (OEDT, 2004b).

(106) Voir le graphique 11 EL: Tendance à long terme des décès directement liés à la consommation de drogue dans l'Union européenne (1985-2001).

(107) Voir également le graphique 12 EL: Tendances des décès directement liés à la drogue dans les différents pays de l'UE, 1985-2001. Pour le Royaume-Uni, voir également les «Remarques méthodologiques sur les définitions nationales des décès liés à la drogue» (bulletin statistique): «Définition de la stratégie antidrogue et définition traditionnelle de l'ONS». La définition de la stratégie antidrogue produit des estimations très proches de la définition européenne normalisée de l'OEDT (sélection B).

Graphique 18 — Changements dans le nombre des décès liés à la drogue dans l'UE et en Norvège, 1999-2001 (indexé à 100 pour calculer la moyenne sur la période 1990-2001)



NB: En raison du manque de données, l'index 2002 n'a pas été calculé. Les tendances par pays figurent dans le graphique 11 EL. Les données concernant le nombre de cas par pays et par an figurent dans Décès liés à la drogue, Tbl. 2 et Tbl. 3 (bulletin statistique 2004). Au Royaume-Uni, les chiffres fournis par l'Office des statistiques nationales (ONS) ont été sélectionnés car ils sont disponibles pour un laps de temps plus long.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits des registres des décès nationaux ou des registres spéciaux (médico-légaux ou de la police). Fondés sur des définitions nationales présentées dans les remarques méthodologiques sur les définitions nationales des décès directement liés à la drogue (bulletin statistique 2004).

La réduction du nombre de décès liés à la drogue est un objectif au niveau européen (objectif n° 2 de la stratégie antidrogue 2000-2004 de l'UE) qui est repris dans un nombre croissant de stratégies antidrogue nationales dans les États membres ⁽¹⁰⁸⁾.

La diffusion de documents d'information et d'éducation sur les risques de surdose et la gestion de la crise (dépliants, affiches, brochures ou vidéos) auprès des usagers de drogue et de leurs réseaux sociaux est couramment pratiquée dans la plupart des anciens États membres, mais elle n'est pas habituelle dans les nouveaux États. D'autres mesures fondées sur les données probantes, telles que l'intervention des pairs dans le cas d'urgences de toxicomanie et l'encouragement à appeler une ambulance pour les usagers de drogue qui seraient témoins d'une surdose, sont signalées dans les rapports de plusieurs pays, mais l'on ne connaît pas encore systématiquement le niveau

de l'offre de telles formations. La distribution d'un antagoniste des opiacés, la naloxone, aux usagers de drogue constitue l'une des mesures prises et est considérée, dans certains pays, comme diminuant les décès par overdose ⁽¹⁰⁹⁾ (OEDT, 2003a).

Dans certains pays, les centres de consommation supervisée de drogue sont à la disposition des usagers de drogue sans domicile fixe très exposés au risque de surdose dans des milieux de toxicomanie ouverts: de tels services existent en Allemagne, en Espagne et aux Pays-Bas, et sont en préparation au Luxembourg, en Slovénie et en Norvège. Si la couverture est adéquate, ces salles peuvent contribuer à réduire le nombre de décès liés à la drogue en milieu urbain.

Un projet axé sur les services d'urgence en Autriche s'adresse aux usagers de drogue chez qui les surdoses sont fréquentes ⁽¹¹⁰⁾.

Les salles de consommation

Des «salles de consommation de drogue», centres dans lesquels les usagers de drogue confirmés sont autorisés à consommer leurs drogues dans de bonnes conditions d'hygiène, sous la surveillance d'un personnel qualifié et sans la crainte de l'arrestation, fonctionnent dans trente-neuf villes européennes. Le *Rapport européen sur les salles de consommation de drogue (European report on drug consumption rooms, OEDT, 2004a)* décrit ces centres, leur raison d'être et la façon dont ils ont été créés; il décrit les groupes cibles de ces installations, leurs objectifs et leur fonctionnement et fait la synthèse des faits probants.

Les salles de consommation constituent des services hautement spécialisés intégrés dans un réseau plus vaste de services proposés aux consommateurs de drogue. Elles se fondent sur le consensus et la coopération active entre les travailleurs dans le domaine de la santé, la police, les autorités locales et les communautés locales. Le rapport met en évidence qu'elles parviennent à établir un contact avec un groupe hautement problématique de consommateurs de drogue et à promouvoir l'accès de ceux-ci à des soins de santé primaires dont ils ont grandement besoin ainsi qu'aux services sociaux et de traitement. Le taux de morbidité et les risques de mortalité ainsi que la nuisance suscitée par la consommation de drogue en public sont réduits grâce à l'accès des consommateurs de drogue à un matériel d'injection propre et à un environnement surveillé.

⁽¹⁰⁸⁾ Voir le tableau 8 EL: Stratégies et sélection de mesures pour réduire les décès liés à la drogue dans les 25 États membres de l'UE et en Norvège.

⁽¹⁰⁹⁾ Ibid.

⁽¹¹⁰⁾ Voir la personne à contacter pour le projet autrichien EDDRA dans la base de données de l'EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Chapitre 7

Traitement — répondre aux besoins des personnes en difficulté

Beaucoup d'entre ceux qui ont développé une toxicomanie tireront parti d'un contact avec un organisme de traitement. Un éventail de différentes options de traitement est disponible dans toute la Communauté européenne, reflétant à la fois le contexte national et historique et les caractéristiques distinctives de la population qui a besoin d'assistance. Ces caractéristiques sont résumées ci-dessous. La disponibilité des traitements varie selon les pays et est en général moins développée dans les nouveaux États membres. Toutefois, globalement, il semble qu'il y ait un investissement constant pour accroître la capacité dans ce secteur; certains éléments attestent d'une amélioration des opportunités disponibles pour les personnes ayant des problèmes liés à la toxicomanie.

Une nouvelle évolution dans ce domaine est le potentiel de communication offert par les nouvelles technologies telles que l'internet pour l'amélioration des services disponibles pour les usagers de drogue. Une attention considérable a été accordée au rôle de l'internet dans la promotion de l'usage illégal de drogue. Par conséquent, les initiatives prises par certains pays, tels que les Pays-Bas et la Finlande, pour explorer le potentiel de ce média aux fins de l'amélioration des informations et des possibilités de soins disponibles s'avèrent positives. Les activités comprenaient l'exploitation des liens de communication directe offerts par le courrier électronique et les téléphones mobiles, ainsi que des recherches sur la façon dont les services de conseil électroniques et de SMS (textos) peuvent être utiles aux usagers de drogue.

On observe dans l'ensemble de l'UE une tendance générale à déplacer le traitement de la toxicomanie des hôpitaux vers les centres de traitement situés au sein de la communauté. Cette évolution est moins évidente dans les nouveaux États membres, où les hôpitaux psychiatriques demeurent les principaux lieux de traitement (Estonie, Lettonie, Lituanie, Slovaquie), même si cela évolue dans certains pays, par exemple en République tchèque, où les soins sont dispensés dans les deux types de lieux.

Caractéristiques des services de traitement

Traitement de sevrage

Le traitement de sevrage implique la mise en œuvre de techniques psychosociales et éducatives pour atteindre une abstinence de drogue à long terme. Traditionnellement, le

traitement de sevrage a été résidentiel et à long terme, par exemple dans les communautés thérapeutiques. Actuellement, ce traitement se fait souvent aussi au sein de la communauté. Des médicaments peuvent être utilisés pour soulager les symptômes de l'état de manque. Ils sont généralement limités aux antidépresseurs et/ou aux benzodiazépines, bien que ces médicaments ne soient pas fournis dans certaines communautés thérapeutiques⁽¹¹¹⁾.

Étant donné que le traitement médicalement assisté n'est habituellement disponible que pour les consommateurs d'opiacés, une certaine forme de traitement de sevrage est généralement la seule option thérapeutique disponible pour ceux qui connaissent des problèmes de toxicomanie non liée aux opioïdes.

Traitement médicalement assisté

Le traitement médicalement assisté comprend à la fois un traitement de substitution avec des agonistes et un traitement avec des antagonistes. Généralement, ce type d'intervention pharmacologique utilise la naltrexone (un antagoniste) ou l'un des agonistes d'opioïdes suivants: la méthadone, la buprénorphine, la dihydrocodéine, l'héroïne, la morphine à libération prolongée.

La méthadone demeure la substance de substitution la plus fréquemment prescrite dans l'Europe élargie. Toutefois, ces dernières années, les possibilités de traitement se sont diversifiées. En 2002, tous les anciens 15 États membres à l'exception des Pays-Bas et de l'Irlande (où elle est uniquement utilisée pour la désintoxication)⁽¹¹²⁾ déclaraient avoir recours à la buprénorphine. D'autres substances de substitution telles que la dihydrocodéine (Belgique, Allemagne, Luxembourg, Autriche), la morphine à libération prolongée (Autriche) et l'héroïne (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni) sont moins fréquemment utilisées ou sont utilisées dans le cadre d'un essai médical (Springer, 2003a)⁽¹¹³⁾.

En nombres absolus, le traitement de substitution est devenu le type de traitement spécialisé de la toxicomanie le plus disponible pour les usagers d'opiacés dans l'UE, avec plus de 400 000 bénéficiaires. Toutefois, à l'exception de la Slovaquie, cette forme d'intervention est beaucoup moins

⁽¹¹¹⁾ Voir le graphique 13 EL: Modes de traitement de sevrage avec hébergement.

⁽¹¹²⁾ En Irlande, la buprénorphine est uniquement utilisée pour le traitement des symptômes de retrait.

⁽¹¹³⁾ Voir le tableau 9 EL: Substances de substitution utilisées dans les États membres de l'UE.

disponible au sein des nouveaux États membres de l'UE, où les options de traitement de sevrage sont prédominantes ⁽¹¹⁴⁾.

Accessibilité et critères d'admission pour les traitements de substitution

La tendance à l'assouplissement des critères d'admission pour les traitements de substitution se poursuit. Traditionnellement, les critères d'admission étaient souvent extrêmement sélectifs, limitant ce type de traitement aux personnes considérées comme des toxicomanes chroniques. Aujourd'hui, l'admission en traitement de substitution est généralement restreinte aux personnes de 18 ans et plus ayant des antécédents d'un à deux ans de consommation problématique de drogue (par exemple en Belgique, en Irlande, aux Pays-Bas). La plupart des nouveaux États membres font état de seuils plus élevés, par exemple un âge minimal de 20 ans et des antécédents d'au moins 5 ans de consommation problématique (par exemple en Estonie et en Lettonie), bien que la Slovénie autorise les usagers de drogue à recevoir un traitement de substitution dès l'âge de 16 ans. Des critères d'admission relativement stricts sont également relevés en Grèce, en Finlande, en Suède et en Norvège, avec un âge minimal pour le traitement s'échelonnant entre 20 et 25 ans, et une condition de 4 à 5 ans de consommation problématique.

Malgré l'augmentation de la disponibilité des traitements de substitution, un certain nombre de pays rapportent que la demande est encore supérieure à l'offre et des listes d'attentes sont signalées en Belgique, en République tchèque, en Grèce, en Estonie, en Hongrie, en Irlande, en Suède et en Norvège. L'accès peut également être limité par la façon dont les services pour les toxicomanes sont organisés; par exemple, en Lituanie, les patients doivent payer leurs médicaments, ce qui réduit le recours à ce service.

Introduction des traitements de substitution

Il existe des variations considérables entre les États membres en ce qui concerne la chronologie de la mise en œuvre des traitements de substitution. Certains États membres ont introduit les programmes de substitution par la méthadone dès la fin des années 60 et au début des années 70, tandis que d'autres pays n'ont pas introduit la pratique généralisée de cette forme de traitement avant les années 90 (Belgique, Grèce, France, Norvège). Le traitement de substitution constitue une évolution relativement récente dans la plupart des nouveaux États membres, la plupart de ces pays ayant lancé ce type de traitement au cours des années 90; et ce n'est qu'en 2001 que l'Estonie a introduit son premier programme. L'exception est la Slovénie, qui dispose de tels programmes institués depuis les années 90 ⁽¹¹⁵⁾.

Assistance psychosociale dans le traitement de substitution

Bien que l'on reconnaisse généralement que le traitement de substitution devrait être accompagné d'une assistance psychosociale, celle-ci est loin d'être une composante systématique du traitement. En République tchèque, en Allemagne et aux Pays-Bas, la pénurie de ressources limite la dispense d'une assistance psychosociale adéquate. En Norvège, bien que théoriquement chaque patient sous traitement de substitution soit censé être mis en relation avec un consultant social, en pratique il n'existe pas toujours de capacités suffisantes pour atteindre cet objectif. Une étude danoise a révélé que les patients sous méthadone qui ne bénéficient pas d'une assistance psychosociale sont beaucoup plus nombreux à consommer une drogue secondaire que ceux qui reçoivent une telle assistance. Des recherches complémentaires analysent actuellement l'éventualité que l'assistance psychologique puisse améliorer l'issue du traitement (Pedersen, 2001). L'Irish College of General Practitioners (Collège des médecins généralistes d'Irlande) a approuvé des lignes directrices concernant les traitements de substitution (2003) fondées sur des faits probants et soulignant la nécessité d'une composante psychosociale.

Toutefois, l'utilité de l'assistance psychosociale dépend également de la valeur de ce type de thérapie aux yeux des patients. En Grèce, on signale que les patients participant à des programmes de traitement par la méthadone ont souvent recours à des consultations psychosociales, tandis qu'en Lettonie seuls quelques patients sont volontaires pour bénéficier de ce type d'intervention.

Assurance qualité

L'assurance qualité du traitement peut être définie comme une «tentative systématique de suivi, de documentation et d'amélioration de la qualité des services fournis». Cinq mécanismes d'assurance qualité sont généralement acceptés dans l'UE: l'accréditation des services de traitement, les normes de traitement, la formation du personnel, le suivi des patients et des résultats et enfin l'évaluation des taux de rétention, des résultats, de la satisfaction, du taux de sortie, etc. (graphique 19).

Parmi les nouvelles évolutions concernant l'assurance qualité des services de traitement de la toxicomanie, on peut citer son intégration dans les stratégies nationales antidrogue (Grèce, Espagne, France, Irlande, Suède) ou l'établissement d'exigences minimales pour ces services (Belgique, République tchèque, Allemagne, Pays-Bas, Pologne, Slovénie et Royaume-Uni). L'accréditation des services de traitement est un mécanisme d'assurance qualité dans un certain nombre de pays (Allemagne, Espagne, France, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal

⁽¹¹⁴⁾ Voir le graphique 14 EL: Prédominance des traitements de substitution ou des traitements de sevrage pour la consommation d'opiacés.

⁽¹¹⁵⁾ Voir le graphique 15 EL: Introduction du traitement par la méthadone dans l'UE.

Caractéristiques des patients admis en traitement de la toxicomanie

Les services destinés aux toxicomanes, comme leurs patients, tendent à être concentrés dans les centres-villes et les zones urbaines, là où surviennent les problèmes de toxicomanie ainsi qu'une série d'autres difficultés sanitaires et sociales, qui frappent plus fréquemment les communautés marginalisées et défavorisées.

La plupart des patients sont admis en traitement spécialisé de la toxicomanie à la fin de la vingtaine ou au début de la trentaine, l'âge moyen des patients admis en traitement pour la première fois se situant juste en dessous de 26 ans. Toutefois, la répartition par âge observée dans toute la série des données européennes n'est pas uniforme et présente des niveaux records parmi les personnes de plus de 39 ans et de moins de 20 ans. La principale raison à cela est le fait que la répartition par âge reflète la tendance des cocaïnomanes ou des opiomanes à problème à être plus âgés que la moyenne, tandis que ceux qui sont admis en traitement pour la consommation de cannabis ou de stimulants autres que la cocaïne sont généralement jeunes ⁽¹¹⁹⁾. Ainsi, dans les pays qui ont connu une nette augmentation du nombre de patients envoyés en traitement pour des problèmes liés au cannabis, tels que le Danemark, l'Allemagne et la Finlande, les patients sont généralement plus jeunes que dans des pays tels que la Grèce, l'Espagne et les Pays-Bas, où les problèmes liés à l'héroïne et à la cocaïne sont prédominants. L'évolution historique du phénomène de la drogue joue également un rôle dans la détermination de l'âge de la population sous traitement: par exemple, en Finlande, les patients sont relativement jeunes, ce qui traduit le fait que la toxicomanie est un problème relativement nouveau. On pourrait s'attendre à des résultats similaires pour un grand nombre de nouveaux États membres, où, là encore, les problèmes de toxicomanie sont relativement récents, même si en général les problèmes liés à l'héroïne sont prédominants chez les patients admis en traitement de la toxicomanie ⁽¹²⁰⁾.

Bien que les usagers de drogue soient majoritairement des hommes dans tous les pays européens, le rapport hommes/femmes varie considérablement selon les pays, s'échelonnant entre 3/1 et 6/1. Les différences entre les pays reflètent le type de toxicomanie ainsi que la région (les plus fortes proportions de consommatrices de drogue se trouvent dans les pays du nord de l'Europe et les nouveaux États membres) et l'âge des patients.

Il est intéressant d'observer que la plupart des patients admis en traitement pour consommation d'héroïne, de cocaïne et d'hypnotiques ou de sédatifs utilisent ces drogues quotidiennement, tandis que pour les autres drogues la fréquence de consommation est plus inégale.

Cette question est analysée de façon plus approfondie dans la question particulière sur les problèmes liés au cannabis dans leur contexte (p. 82).

La plupart des patients sous traitement déclarent avoir commencé à consommer des drogues au cours de leur adolescence — le plus souvent entre 15 et 19 ans. Toutefois, une nette différence est signalée pour la première consommation d'héroïne et de cocaïne, 20-30 % des patients ayant commencé à 25 ans et plus ⁽¹²¹⁾.

Démographie sociale

Les renseignements démographiques indiquent que les patients sous traitement ont une probabilité beaucoup plus importante d'être socialement et économiquement défavorisés. Plus de la moitié des patients n'ont pas terminé leurs études secondaires ⁽¹²²⁾. La proportion de ceux qui n'ont pas d'emploi fixe est élevée comparée au taux de chômage général: dans certains pays, plus de la moitié des usagers de drogue sous traitement sont sans emploi ⁽¹²³⁾. En outre, les conditions de logement sont souvent précaires: environ 15 % des personnes sous traitement vivent dans des établissements sociaux ou dans des hébergements précaires ⁽¹²⁴⁾. En outre, il faut se rappeler que le fait d'être sans abri peut limiter en soi la capacité des personnes à tirer parti des possibilités de traitement — et que l'état de SDF peut aggraver à la fois les problèmes de toxicomanie et leurs conséquences (OEDT, 2003b, p. 65).

Parmi les patients qui habitent dans un logement fixe, un tiers d'entre eux vivent seuls, un autre tiers avec leurs parents et les autres avec un concubin ou d'autres personnes. Plus de 10 % habitent avec des enfants; or, il est prouvé que les enfants des usagers de drogue peuvent être confrontés à une série de difficultés. L'éducation des enfants est une entreprise particulièrement complexe pour un parent toxicomane (Murphy-Lawless, 2002).

Drogue de consommation

Dans l'IDT, on enregistre à la fois la drogue principale pour laquelle le traitement est entrepris et la substance de consommation secondaire s'il y a lieu. Les trois substances les plus fréquemment enregistrées, soit en tant que principal motif de traitement, soit en tant que drogue secondaire, sont les opiacés, la cocaïne et le cannabis (graphique 20).

L'élaboration d'un tableau clair des drogues responsables des admissions en traitement pour toxicomanie est rendue complexe par le fait que les usagers de drogue consomment fréquemment toute une série de substances psychoactives. Il est souvent difficile d'identifier dans quelle mesure la toxicomanie d'une personne est liée à une substance en particulier. Dans tous les pays, la polytoxicomanie est

⁽¹¹⁹⁾ Voir IDT_Tbl. 5 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹²⁰⁾ Voir IDT_Tbl. 4 dans le bulletin statistique 2004.

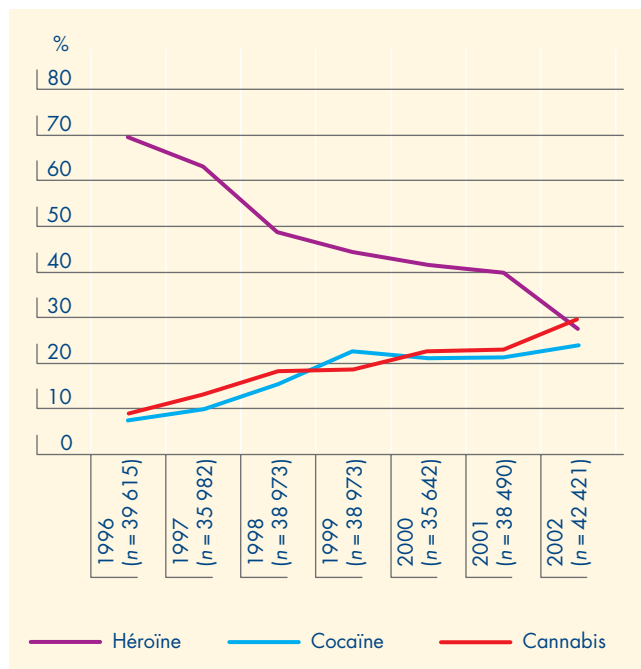
⁽¹²¹⁾ Voir le graphique 18 EL: Répartition de l'âge de la première consommation par drogue principale.

⁽¹²²⁾ Voir le graphique 19 EL: Répartition de l'ensemble des patients par niveau d'études.

⁽¹²³⁾ Voir le graphique 20 EL: Répartition de l'ensemble des patients par la situation professionnelle.

⁽¹²⁴⁾ Voir le graphique 21 EL: Conditions de vie (lieu) de l'ensemble des patients et conditions de vie (personnes partageant le logement) de l'ensemble des patients.

Graphique 20 — Proportion de nouveaux patients sous traitement de la toxicomanie qui déclarent comme drogue primaire l'héroïne, la cocaïne et le cannabis, 1996-2002



NB: Les pays fournissant des données chaque année sont: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SL, SK, FI, SE (excepté FI pour 1996/1997 et SE pour 2000). Les chiffres de tous les pays contribuant sont additionnés chaque année.
Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

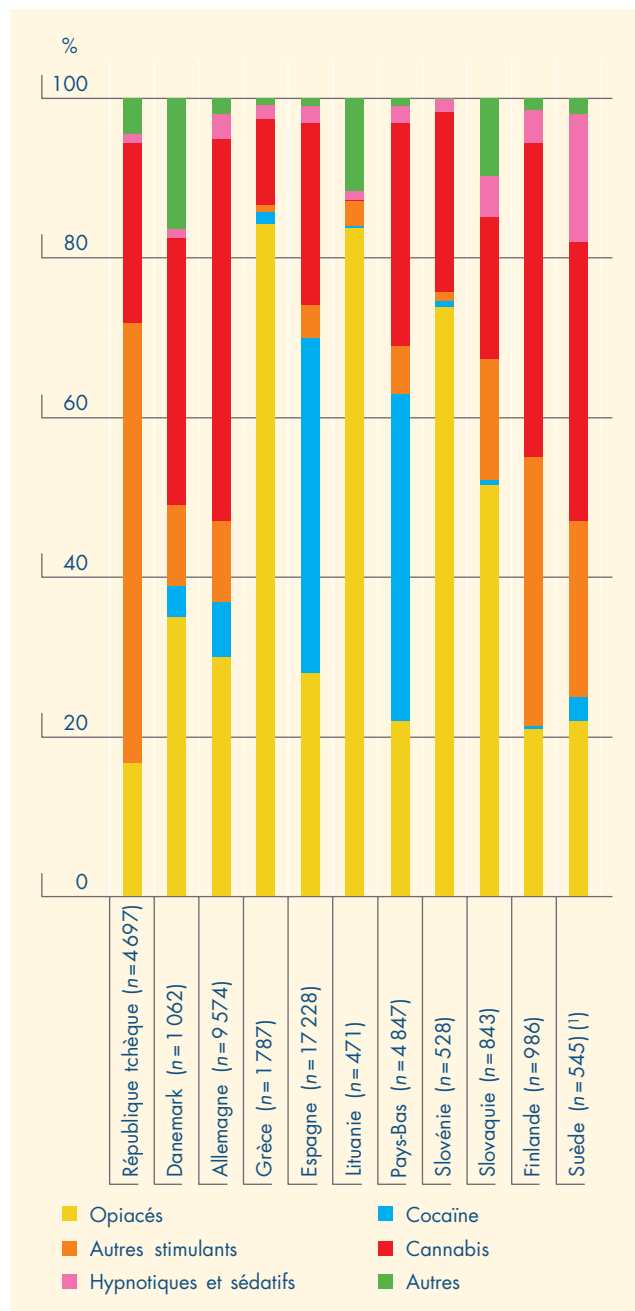
fréquente chez les patients en traitement, et entre 40 % et 80 % de l'ensemble des patients déclarent consommer au moins une drogue secondaire supplémentaire. La polytoxicomanie concerne un grand nombre de personnes et, souvent, les problèmes d'alcoolisme associés compliquent encore le traitement. Une tendance inquiétante est constituée par le fait que dans de nombreux pays le nombre des polytoxicomanes semble augmenter.

Opiacés

Dans la plupart des pays, les opiacés (le plus souvent l'héroïne) restent la principale drogue pour laquelle les patients sont admis en traitement et elle représente généralement entre 40 et 90 % de l'ensemble des demandes de traitement. Toutefois, dans l'UE, on peut classer les pays en trois grands groupes selon la mesure dans laquelle la population sous traitement est caractérisée par une toxicomanie liée à l'héroïne:

- en dessous de 40 % — République tchèque, Hongrie, Finlande, Suède;
- 40 à 70 % — Danemark, Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Slovaquie;
- plus de 70 % — Grèce, Italie, Lituanie, Luxembourg, Slovaquie, Royaume-Uni.

Graphique 21 — Nouveaux patients admis en traitement pour consommation de drogue en 2002: par drogue principale et par pays



(!) Traitements en ambulatoire seulement.
NB: Nombre total de cas: 42 568.
Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

Cannabis

Globalement, le cannabis est la deuxième drogue la plus fréquemment citée dans les rapports concernant les personnes entreprenant un traitement. Cela est particulièrement vrai pour les nouveaux patients (graphique 21), dont près d'un tiers (29,5 %) sont déclarés

comme présentant une toxicomanie liée principalement au cannabis. La proportion des personnes admises en traitement pour la consommation de cannabis varie considérablement entre les pays ⁽¹²⁵⁾. Les demandes de traitement pour le cannabis sont analysées en détail dans une autre partie (p. 82) de ce rapport.

Cocaïne

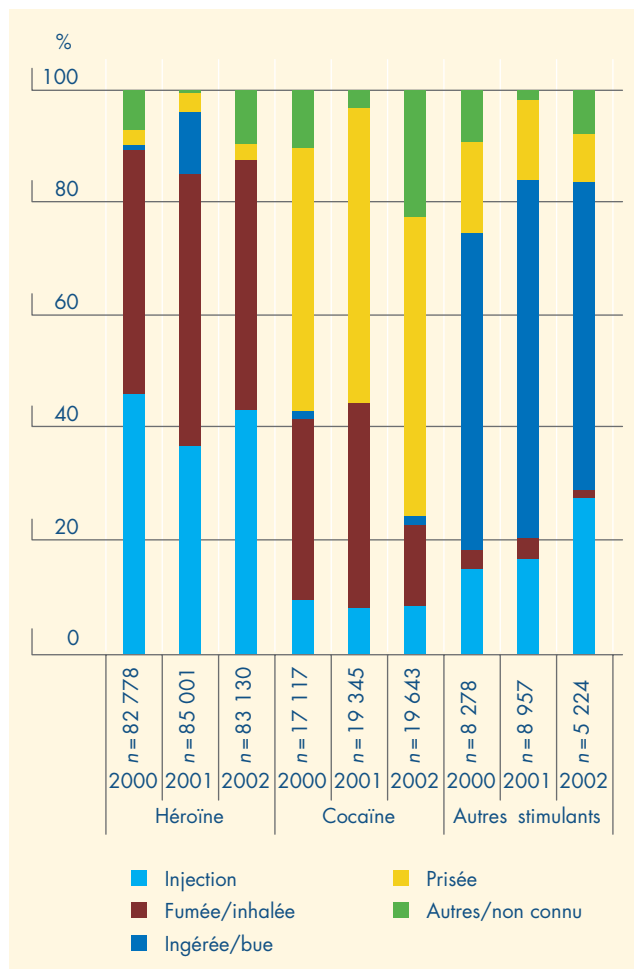
La cocaïne se situe en troisième position parmi les drogues les plus fréquemment signalées par les personnes qui entreprennent un traitement, mais on relève de nettes différences entre les pays. Par exemple, les demandes liées à la consommation de cocaïne sont extrêmement rares, voire totalement inexistantes, dans les nouveaux États membres. Dans la plupart des autres pays, la cocaïne en tant que drogue principale représente moins de 10 % de l'ensemble des demandes de traitement, même si ce pourcentage est plus élevé chez les nouveaux patients (environ 25 %).

Moins de 8 % des patients admis en traitement pour consommation de cocaïne ont indiqué que la voie intraveineuse était un mode d'administration habituel de la drogue.

Autres stimulants

Les stimulants autres que la cocaïne ne sont pas souvent signalés en tant que raison principale du traitement pour toxicomanie, sauf en République tchèque, en Finlande et en Suède, où ils représentent entre un quart et plus de la moitié de l'ensemble des demandes de traitement primaire. En République tchèque, plus de 50 % des demandes de traitement signalées concernent un problème de consommation primaire de métamphétamine. Ailleurs, l'usage de drogues stimulantes en tant que motif de participation au traitement est moins courant mais il est signalé par près de 10 % de ceux qui sont admis en traitement en Slovaquie, 7 % en Allemagne, 6 % au Danemark et 5 % en Hongrie. Dans tous les autres pays, la proportion est encore plus faible. Les données de 2002 révèlent également une augmentation du nombre de consommateurs de stimulants déclarant utiliser la voie intraveineuse: leur proportion passe de 14 % en 2000 à 27 % en 2002, bien que ce groupe demeure relativement réduit en nombre absolu (graphique 22).

Graphique 22 — Répartition des modes d'administration de l'héroïne, la cocaïne et autres stimulants parmi les patients des services de traitement en ambulatoire, 2000-2002



NB: Données disponibles pour les pays suivants: DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE et UK (les données de 2002 concernant l'Irlande n'étaient pas disponibles). Les nombres de base des nombres totaux de patients signalant un mode d'administration sont indiqués.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2001, 2002, 2003); données IDT (2000, 2001, 2002) provenant des centres de traitement en ambulatoire.

⁽¹²⁵⁾ Voir IDT_Tbl. 10 et IDT_Tbl. 11 dans le bulletin statistique 2004.



Chapitre 8

Questions liées à la criminalité et à la détention

Criminalité liée à la drogue

On peut considérer que la criminalité liée à la drogue englobe les quatre catégories suivantes:

- les crimes psychopharmacologiques: crimes commis sous l'influence d'une substance psychoactive;
- les crimes économiques compulsifs: crimes commis afin d'obtenir de l'argent (ou des drogues) pour entretenir une toxicomanie;
- les crimes systémiques: crimes commis dans le cadre du fonctionnement des marchés de la drogue illicite, dans le contexte de l'activité de distribution et de fourniture de drogue illicite;
- les infractions liées à la drogue: crimes commis en infraction à la législation antidrogue (et aux autres lois en rapport).

Les données concernant les trois premières catégories de crimes sont rares dans l'UE, et celles qui sont disponibles proviennent d'études locales ad hoc qui ne sont généralement pas menées de façon régulière et rendent l'extrapolation difficile.

Les «rapports» ⁽¹²⁶⁾ d'infractions liées à la drogue (usage, possession, vente, trafic, etc.) reflètent les différences existant entre les législations nationales, mais également les variations dans la façon dont les lois sont mises en application, ainsi que les disparités en matière de priorités et de ressources affectées par les organismes de justice pénale à des crimes spécifiques. En outre, les systèmes d'information sur les infractions liées à la drogue varient considérablement entre les pays, en particulier en ce qui concerne les pratiques de signalement et d'enregistrement, par exemple ce qui est consigné, et quand et comment cela s'effectue. Ces différences rendent les comparaisons entre les pays de l'UE plutôt difficiles à établir.

Entre 1997 et 2002, le nombre de «rapports» d'infractions liées à la drogue a augmenté dans la plupart des pays de l'UE. Les augmentations ont été particulièrement nettes (multiplication par deux, voire plus) en République tchèque, en Estonie, en Lituanie, en Hongrie, en Pologne, en Slovaquie et en Norvège. Toutefois, les «rapports» d'infractions liées à la drogue ont diminué en 2001 et 2002 en Italie et au Portugal ⁽¹²⁷⁾, et en 2002 en Estonie ⁽¹²⁸⁾, Irlande, Lettonie, Slovaquie et Finlande.

Dans la plupart des États membres de l'UE, la majorité des infractions liées à la drogue signalées concernent l'usage ou la possession de drogue pour usage personnel ⁽¹²⁹⁾, avec un taux variant entre 52 % de l'ensemble des infractions liées à la drogue en Finlande et 90 % en Autriche. En République tchèque, 90 % des infractions liées à la drogue signalées concernent la vente ou le trafic, tandis qu'en Italie et en Espagne — où l'usage de drogue et la possession pour usage personnel ne sont pas des infractions pénales — toutes les infractions liées à la drogue concernent la vente ou le trafic. Enfin, au Luxembourg, au Portugal et en Norvège ⁽¹³⁰⁾, la majorité des infractions concernent à la fois l'usage/la vente de drogue et le trafic de stupéfiants.

Dans tous les pays pour lesquels on dispose de données, à l'exception du Portugal, la proportion des infractions liées à la drogue constituée par des infractions concernant l'usage/la possession de drogue pour usage personnel a augmenté sur la période de cinq ans entre 1997 et 2002 ⁽¹³¹⁾. Le rythme de cette augmentation était généralement lent, mais des tendances plus nettes à la hausse étaient manifestes en Belgique, en Irlande, au Luxembourg et en Slovaquie jusqu'en 2001. Au Portugal, la proportion des infractions liées à l'usage a commencé à diminuer en 2000, un an avant la dépénalisation de la consommation et de la possession de drogue pour usage personnel (en juillet 2001) ⁽¹³²⁾.

⁽¹²⁶⁾ Le terme «rapports» d'infractions liées à la drogue est mentionné entre guillemets car il décrit différents concepts qui varient selon les pays (rapports de police sur des personnes suspectées, accusations d'infraction à la législation sur les drogues, etc.). Veuillez consulter les remarques méthodologiques sur les définitions du terme «rapports» d'infractions liées à la drogue dans le bulletin statistique 2004 pour les définitions exactes par pays. (Le terme «arrestations» était utilisé dans les rapports annuels jusqu'en 2001.)

⁽¹²⁷⁾ La diminution des «rapports» d'infraction liées à la drogue au Portugal est due à la dépénalisation, en juillet 2001, de l'usage de drogue et de la possession pour usage personnel.

⁽¹²⁸⁾ La diminution des «rapports» d'infractions liées à la drogue en Estonie est due à la décriminalisation, en septembre 2002, de l'usage répété de drogue et de la possession de petites quantités de drogue à usage personnel.

⁽¹²⁹⁾ Voir Criminalité liée à la drogue_Tbl. 2 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹³⁰⁾ En Norvège, aucune distinction n'est faite entre d'une part «la vente/le trafic de drogue» isolément et d'autre part «l'usage/la vente de drogue et le trafic». Les autres infractions liées à la drogue concernent uniquement «l'usage de drogue».

⁽¹³¹⁾ Voir Criminalité liée à la drogue_Tbl. 4 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹³²⁾ La loi de dépénalisation de l'usage et de la possession de drogue pour usage personnel a été votée en novembre 2000 et est entrée en vigueur en juillet 2001.

Dans la plupart des États membres, le cannabis est la drogue illicite la plus souvent mise en cause dans les signalements d'infractions liées à la drogue (tableau 4). Dans les pays où c'est le cas, les infractions liées au cannabis représentent 34 % (Suède) à 87 % (France) de l'ensemble des infractions liées à la drogue. L'héroïne est la drogue la plus fréquemment mise en cause en Lituanie et au Luxembourg, où elle représente respectivement 15 % et 51 % de l'ensemble des infractions liées à la drogue, tandis qu'aux Pays-Bas les infractions mettant en cause les «drogues dures»⁽¹³³⁾ sont majoritaires. La proportion relative d'infractions liées à une drogue spécifique est influencée par un certain nombre de facteurs tels que les priorités opérationnelles des agents chargés de l'application de la loi et les décisions stratégiques explicites ou implicites prises afin de cibler de manière adaptée les différents types d'infractions liées à la drogue.

Depuis 1997, la proportion des infractions liées à la drogue mettant en cause le cannabis a augmenté en Allemagne, en Espagne, en France, au Luxembourg, en Hongrie et au Portugal, tandis qu'elle est restée stable en Belgique, en Italie, en Lituanie, aux Pays-Bas, en Slovénie et en Suède. En Autriche, la part des infractions liées au cannabis parmi l'ensemble des infractions liées à la drogue a augmenté jusqu'en 1999, mais elle a diminué depuis⁽¹³⁴⁾.

Au cours de la même période, la proportion d'infractions liées à l'héroïne a diminué dans tous les pays de l'UE pour lesquels des données étaient disponibles⁽¹³⁵⁾, sauf en Hongrie et au Royaume-Uni, où elle a augmenté⁽¹³⁶⁾, ainsi qu'en Lituanie, où elle a subi des fluctuations depuis 2000⁽¹³⁷⁾. La tendance inverse peut être observée pour les infractions liées à la cocaïne, dont la proportion a augmenté sur l'ensemble des infractions liées à la drogue depuis 1997 dans tous les pays fournissant des données, excepté l'Allemagne, la Lituanie, le Luxembourg et la Hongrie, qui ont signalé des tendances à la baisse⁽¹³⁸⁾.

Les usagers de drogue et la prison

Les usagers de drogue en prison

Rares sont les informations génériques nationales sur le type et le modèle de consommation des drogues chez les détenus. Les données disponibles dans l'UE proviennent d'études ad hoc menées au niveau local auprès d'échantillons de détenus qui varient considérablement en taille et en termes de processus de sélection. En outre, parfois, les prisons étudiées ne sont pas représentatives de l'ensemble du système pénitentiaire et le manque d'enquêtes reproduites empêche d'analyser les tendances

Tableau 4 — Drogues les plus fréquemment mises en cause dans les signalements d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège

Pays	Remarques	Année	Proportion (%)		
			Cannabis	Héroïne	Cocaïne
Belgique		2002	67	8	7
République tchèque	(2)	2002	37	8	1
Danemark			n.c.	n.c.	n.c.
Allemagne	(2) (3)	2002	56	17	9
Estonie			n.c.	n.c.	n.c.
Grèce			n.c.	n.c.	n.c.
Espagne	(1) (4)	2002	52	7	33
France	(2)	2002	87	5	3
Irlande	(2)	2002	65	9	6
Italie	(1) (4)	2002	42	27	28
Chypre			n.c.	n.c.	n.c.
Lettonie			n.c.	n.c.	n.c.
Lituanie	(1)	2002	10	15	1
Luxembourg	(1)	2002	28	51	21
Hongrie	(2)	2002	66	16	2
Malte			n.c.	n.c.	n.c.
Pays-Bas	(2) (5)	2002	37	58	
Autriche	(1)	2002	58	11	11
Pologne			n.c.	n.c.	n.c.
Portugal	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovénie	(1)	2002	82	10	2
Slovaquie			n.c.	n.c.	n.c.
Finlande			n.c.	n.c.	n.c.
Suède	(1) (7)	2001	34	7	2
Royaume-Uni	(1)	2000	69	12	5
Norvège			n.c.	n.c.	n.c.

- (1) Parmi les drogues principales.
 (2) Parmi toutes les drogues mentionnées (seules ou non).
 (3) Parmi toutes les infractions réparties par drogue (pour certaines infractions, une répartition par drogue n'est pas disponible).
 (4) Parmi les infractions pour vente/trafic de drogue (étant donné que la consommation et la possession de drogue pour usage personnel ne sont pas pénalisées).
 (5) Les données classées dans la catégorie «héroïne» font référence aux drogues «dures» (définies comme des drogues entraînant des risques inacceptables dans le domaine de la santé publique, telles que l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy, le LSD). Certaines infractions mettent en cause à la fois le cannabis et des drogues «dures» et n'ont pas été incluses ici, ce qui explique pourquoi le total est inférieur à 100 %.
 (6) Cette proportion est sous-estimée, car elle représente les infractions liées à chaque drogue considérée séparément, par exemple les infractions liées au cannabis uniquement [elle ne comprend pas les infractions liées au cannabis + autre(s) drogue(s)].
 (7) Parmi les personnes ayant reçu une amende du procureur ou ayant été condamnées par un tribunal.
 NB: Pour les définitions exactes par pays, veuillez consulter les remarques méthodologiques sur les définitions des «rapports» d'infractions liées à la drogue dans le bulletin statistique 2004.
 n.c.: données non communiquées (non disponibles).
 Source: Points focaux nationaux.

⁽¹³³⁾ Aux Pays-Bas, les «drogues dures» désignent les drogues qui entraînent des risques inacceptables en termes de santé publique, telles que l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et le LSD.

⁽¹³⁴⁾ Voir Criminalité liée à la drogue_Tbl. 5 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹³⁵⁾ Les pays suivants ont fourni une répartition des infractions liées à la drogue par type de drogue au cours du temps: la Belgique, l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, le Luxembourg, la Hongrie, les Pays-Bas (seulement pour le cannabis et les «drogues dures»), l'Autriche, le Portugal, la Slovénie, la Suède et le Royaume-Uni (jusqu'à 2000 uniquement).

⁽¹³⁶⁾ Les données concernant le Royaume-Uni étaient disponibles jusqu'en 2000 uniquement.

⁽¹³⁷⁾ Voir Criminalité liée à la drogue_Tbl. 6 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹³⁸⁾ Voir Criminalité liée à la drogue_Tbl. 7 dans le bulletin statistique 2004.

dans la plupart des pays. Ces facteurs rendent l'interprétation des résultats très difficile.

Par rapport à la population générale, les usagers de drogue sont surreprésentés en prison. La prévalence de la consommation de drogue au cours de la vie chez les détenus varie considérablement, entre 22 et 86 % selon les populations carcérales, les centres de détention et les pays ⁽¹³⁹⁾. Comme dans la population générale, le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment signalée, avec un taux de prévalence au cours de la vie chez les détenus variant entre 11 et 86 %. La prévalence de la consommation de cocaïne (et de crack) au cours de la vie chez les prisonniers s'échelonne entre 5 et 57 %, et 5 à 66 % pour l'héroïne.

Dans l'UE, la prévalence de la consommation régulière de drogue ou de la dépendance avant la détention varie entre 8 et 73 % ⁽¹⁴⁰⁾.

Prisons: un défi en termes de santé publique

Bien que certains détenus voient leur incarcération comme une opportunité de s'attaquer à leur toxicomanie, cela s'avère souvent difficile dans la pratique (Long et al., 2004). La majorité des usagers de drogue réduisent ou cessent leur consommation à leur arrivée en prison. Toutefois, certains détenus continuent à se droguer, et d'autres commencent lors de leur incarcération. D'après les études disponibles, entre 8 et 60 % des détenus déclarent avoir consommé de la drogue en prison, et 10 à 36 % font état d'une consommation régulière ⁽¹⁴¹⁾.

De nombreux détenus ont un accès limité aux services sanitaires. Les professionnels de la santé qui travaillent dans les prisons n'ont que peu de contacts avec le système de santé ordinaire; en outre, souvent, ils ne sont pas en mesure d'accéder à une formation continue, ce qui aggrave l'isolement des services de santé pénitentiaires. Ces difficultés sont souvent difficiles à surmonter, comme c'est le cas en Irlande, où, malgré les efforts des autorités pénitentiaires et du personnel de santé pour améliorer l'accès des usagers de drogue aux traitements et aux services de soins, il y a peu de signes d'amélioration.

Une tendance se fait jour en faveur du transfert de la responsabilité des services sanitaires pénitentiaires des autorités pénales vers le système de santé national. En Espagne, une loi récemment promulguée, la «Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión del Sistema Nacional de Salud» (loi sur la cohésion du système national de santé), vise à répondre aux demandes en faveur de l'intégration de la prison et du système de santé publique. En Estonie, le ministère de la justice envisage, en coopération avec le ministère des affaires sociales, d'intégrer les soins de santé pénitentiaires au système général des soins de santé avant 2006. En France, cette responsabilité a été transférée au

ministère de la santé dès 1994. En Italie, les services de santé locaux sont responsables des soins et des traitements dispensés aux détenus depuis 2000. En Angleterre et au pays de Galles, les soins de santé dans les prisons relèvent de la compétence du ministère de la santé et de celle de l'Assemblée nationale du pays de Galles respectivement (dans les prisons du secteur privé, ils relèvent de la compétence du ministère de l'intérieur pour les deux régions). Avant 2006, les soins de santé dans l'ensemble des prisons non privées d'Angleterre feront partie du service national de santé ⁽¹⁴²⁾.

Les maladies infectieuses en prison et leur prévention

D'après les rapports, la prévalence au cours de la vie de la consommation de drogue par voie d'injection chez les détenus se situe généralement entre 15 et 50 %; toutefois, certaines études signalent des valeurs qui n'atteignent pas plus de 1 % ou qui s'élèvent jusqu'à 69 %.

Lorsque des données comparables sont disponibles, elles montrent que les jeunes délinquants sont moins nombreux à utiliser le mode de consommation par voie d'injection que les adultes et que, parmi la population carcérale, les femmes sont plus nombreuses à l'utiliser que les hommes ⁽¹⁴³⁾. En se fondant sur plusieurs études effectuées dans l'UE, Bird et Rotily (2002) ont montré qu'environ un tiers des hommes adultes détenus sont des consommateurs de drogue par voie d'injection. Selon les données disponibles fournies par les points focaux Reitox, entre 0,2 et 34 % des détenus ⁽¹⁴⁴⁾ se sont injecté de la drogue en prison. Ce fait soulève la question de l'accès à un matériel d'injection stérile et de l'hygiène des pratiques de partage parmi la population carcérale, ainsi que de la propagation potentielle de maladies infectieuses si ces problèmes ne sont pas résolus.

Les prisons constituent un lieu à haut risque pour la propagation de ces maladies. Parmi les pratiques dont il a été prouvé qu'elles réduisent les maladies infectieuses, on note le traitement des maladies sexuellement transmissibles et la fourniture de préservatifs, les traitements de substitution, les programmes de vaccination et les programmes d'échange de seringues.

Les traitements de substitution sont de plus en plus dispensés dans les prisons. En Belgique, au Danemark, en Espagne, en Autriche et en Slovénie, les traitements de substitution sont disponibles dans toutes les prisons. La Belgique, le Danemark, le Luxembourg et la Norvège permettent aux détenus de commencer le traitement de substitution pendant l'incarcération. En Italie, le traitement de substitution s'adresse généralement aux détenus en détention provisoire. Des prescriptions pour réduire progressivement le traitement de substitution jusqu'à atteindre l'abstinence sont disponibles dans la plupart des

⁽¹³⁹⁾ Voir Prison_Tbl. 1 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁴⁰⁾ Voir Prison_Annexe dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁴¹⁾ Voir Prison_Tbl. 3 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁴²⁾ Voir le tableau 10 EL: Dernières stratégies antidrogue, directives ministérielles et normes de service en milieu pénitentiaire dans l'UE et la Norvège.

⁽¹⁴³⁾ Voir Prison_Tbl. 2 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁴⁴⁾ Voir Prison_Tbl. 4 dans le bulletin statistique 2004.

Länder allemands, aux Pays-Bas, en Slovénie et dans les prisons des grandes villes en Italie. Au Royaume-Uni, les programmes de maintenance sont considérés comme étant appropriés principalement pour les détenus en détention provisoire ou effectuant de courtes peines.

Un programme spécifique de vaccination contre l'hépatite B, adapté aux détenus, a été recommandé en 2002 par le comité national de vaccination irlandais. Ce programme comprend trois injections hebdomadaires consécutives avec un rappel au bout de 12 mois à l'issue desquels il assure une protection de 99 % (Zuckerman, 2003).

Une revue de 14 études internationales examinant l'efficacité des programmes d'échanges de seringues en milieu carcéral a conclu que ces programmes étaient réalisables et permettaient de réduire à la fois les comportements à risque et la transmission des virus par le sang, sans que l'on note de conséquences négatives telles que des blessures accidentelles causées par des seringues ou l'utilisation délibérée des aiguilles en tant qu'arme contre le personnel pénitentiaire ou d'autres détenus (Dolan et al., 2003). Au cours de l'année 2002, des programmes d'échange de seringues ont été mis en œuvre dans 27 centres pénitentiaires en Espagne et 12 970 seringues ont été distribuées sans qu'aucun incident ne soit signalé.

Bien qu'en Espagne un nombre croissant de prisons offrent la possibilité d'un échange de seringues, ces programmes ont été interrompus dans les Länder allemands de Hambourg et de Basse-Saxe (Stöver et Nelles, 2003), même s'il existe toujours un programme d'échange de seringues dans une prison pour femmes en Allemagne (Berlin) (Weilandt, communication personnelle, 2004). Dans la prison de Josefstadt, à Vienne, un projet pilote est en préparation et, au Luxembourg, il est prévu de fournir du matériel d'injection aux toxicomanes dans les prisons dans le cadre du programme de soins de santé⁽¹⁴⁵⁾.

Alternatives à la prison pour les délinquants toxicomanes

Les alternatives à la prison feront l'objet d'une question particulière dans le rapport annuel de l'année prochaine, lorsqu'une vue d'ensemble complète et détaillée de ces mesures dans l'UE sera disponible. Le rapport annuel de cette année traitera donc d'un aspect particulier des sanctions alternatives pour les usagers de drogue.

Initiatives émergentes: tribunaux de toxicomanie et médiation entre les victimes et les délinquants

Les tribunaux de toxicomanie font partie des nouvelles structures développées dans certains pays pour les usagers de drogue qui ont commis une infraction non violente. Ils agissent en retardant la condamnation et en faisant participer au procès des personnes qui ne sont généralement pas impliquées dans le traitement de la toxicomanie (juge, plaignant ou agents chargés de faire

appliquer les lois). L'idée consiste à empêcher le délinquant de retourner dans le système de justice pénale et de consommer de la drogue en raison du traitement et de la pression exercée par le système de justice pénale. Des tribunaux de toxicomanie ont été institués en Irlande et en Écosse, où les systèmes pénaux sont fondés sur le droit coutumier. Dans les autres pays de l'UE possédant un code de droit civil, les tribunaux de toxicomanie n'existent pas à proprement parler, mais des initiatives similaires ont été développées.

Dans le Land allemand du Bade-Wurtemberg, un projet concernant les jeunes délinquants intitulé «Way out», semblable à celui des tribunaux de toxicomanie, a été institué en 2003 grâce à une alliance entre la police, le procureur, les juges, les services probatoire et de conseil aux toxicomanes ainsi que les principales parties prenantes des trois circonscriptions judiciaires (Baudis, 2004). De même, à Milan, «La guérison en vaut la peine» est un programme auquel participe le tribunal central en étroite collaboration avec les services sanitaires et de toxicomanie locaux. Ici, les délinquants toxicomanes sont orientés vers un traitement le jour même où la condamnation est prononcée.

L'évaluation du tribunal de toxicomanie de Dublin (Farell, 2002) a conclu qu'il existait de fortes indications selon lesquelles le tribunal de toxicomanie permettrait à la justice pénale de réaliser des économies de coût sur la durée. Le ministère de la justice a étendu la zone de Dublin pour laquelle le tribunal de toxicomanie est compétent.

Une revue des évolutions internationales en matière de tribunaux de toxicomanie et concernant leur efficacité, menée par le groupe Pompidou en 2003, a conclu que l'introduction d'un tribunal de toxicomanie thérapeutique devait se fonder sur un besoin démontré et nécessitait un soutien politique, des mécanismes de coopération interorganismes et un soutien structurel et financier adéquat pendant une période minimale garantie de cinq ans (Moyle, 2003).

La justice réparatrice est de plus en plus utilisée pour accélérer les procédures pénales contre les délinquants non violents (parmi lesquels les usagers de drogue sont fortement représentés). Ce fait va dans le sens de l'intérêt public, en réduisant les coûts liés au traitement des affaires de délits mineurs dans des systèmes de justice pénale surchargés. L'une des évolutions les plus significatives est la médiation extrajudiciaire. Ce dispositif vise à résoudre les litiges entre les victimes et les délinquants et à régler les conflits en relation avec les procédures pénales.

Aux Pays-Bas, la police offre aux délinquants non récidivistes âgés de 12 à 18 ans la possibilité de réparer leurs délits par le biais de la médiation. En République tchèque, un service probatoire et de médiation s'adressant principalement aux adolescents et aux usagers de drogue a été institué en 2000. Il a enregistré 29 291 affaires en 2002, dont 765 concernaient des infractions liées à la drogue.

⁽¹⁴⁵⁾ Voir le tableau 11 EL: Services sanitaires et sociaux destinés aux usagers de drogue dans les prisons de l'UE en 2002.



Question particulière n° 1

Évaluation des «stratégies nationales antidrogue» en Europe

Approches des mesures permettant d'évaluer les stratégies nationales antidrogue

De nombreux pays ont récemment adopté une «stratégie nationale antidrogue»⁽¹⁴⁶⁾. Cette partie est axée sur les plans prévoyant l'évaluation de ces stratégies, qui a été menée à l'échelle européenne pour la première fois grâce aux travaux entrepris cette année par les points focaux nationaux. Ces travaux ont permis de clarifier les références à l'évaluation des «stratégies nationales antidrogue», qui ne sont pas toujours évidentes et bien définies.

Les mesures permettant d'évaluer les «stratégies nationales antidrogue» peuvent être classées en trois activités principales: 1) le suivi, qui signifie la collecte de routine des données sur le phénomène de la drogue ainsi que les réponses et les interventions; 2) l'évaluation de la mise en œuvre, c'est-à-dire l'estimation de la valeur ajoutée par la mise en œuvre d'initiatives et par l'affectation de ressources envisagées dans la stratégie antidrogue; et 3) l'évaluation de l'impact (généralement appelée évaluation de l'efficacité), un jugement sur les résultats (effets à court terme) et les conséquences (effets à long terme)⁽¹⁴⁷⁾ sur le phénomène de la drogue résultant (au moins en partie) de la stratégie nationale antidrogue (graphique 23)⁽¹⁴⁸⁾.

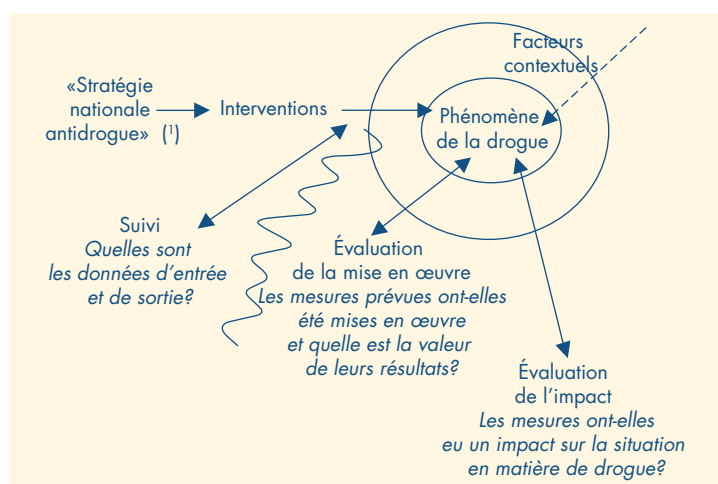
La principale distinction entre les pays en termes d'approche adoptée pour évaluer les stratégies nationales antidrogue est faite entre les pays qui procèdent à un suivi de la stratégie antidrogue et ceux qui envisagent une évaluation de la mise en œuvre et/ou de l'impact.

Les concepts de suivi et d'évaluation ne sont pas toujours clairement distincts dans les stratégies nationales antidrogue; il est donc important d'être conscient de la différence entre ces deux termes. Le suivi est un processus constant et systématique qui produit des données de routine quantitatives et qualitatives sur le phénomène de la drogue et les interventions mises en place dans le cadre de la lutte antidrogue. Il peut fournir un retour d'information régulier sur la mise en œuvre des activités (par exemple sur les données d'entrée: quelles ressources ont été dépensées; et sur les données de sortie: quelles mesures ont été mises en œuvre, sur quelle période et par qui). Toutefois,

généralement, le suivi n'apporte pas d'informations sur les conséquences d'une stratégie et n'explique pas pourquoi une activité a atteint ou non ses objectifs. Bien qu'un système de suivi puisse souvent fournir des informations sur l'évolution des différents aspects du phénomène de la drogue et sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre ce fléau, généralement il ne peut déterminer si ces changements sont la conséquence directe des mesures mises en œuvre (imputation de causalité).

La question de la causalité et d'autres questions scientifiques complexes sont abordées par le biais de l'évaluation (tableau 5), qui signifie un «jugement sur la valeur d'une intervention publique» (en l'occurrence une stratégie nationale antidrogue) «qui fait référence à des critères» (pertinence, efficacité, impact) «et à des normes explicites» (qualité, quantité) (définition extraite de la Commission européenne, 1999), et qui généralement nécessite des études approfondies pour être menée à bien. L'évaluation se compose donc de deux éléments: 1) la preuve, fondée sur des données de qualité, c'est-à-dire collectées par le biais

Graphique 23 — Niveaux d'évaluation des «stratégies nationales antidrogue»



(1) Le terme «stratégie nationale antidrogue» comprend également tous les plans d'actions équivalents découlant de la stratégie.

⁽¹⁴⁶⁾ Définie au chapitre 1, p. 17.

⁽¹⁴⁷⁾ Pour plus de simplicité, nous utiliserons ici l'expression «évaluation de l'impact» pour signifier à la fois l'évaluation des résultats et des conséquences, deux opérations scientifiques très différentes qui sont généralement distinguées dans les ouvrages concernant ce thème.

⁽¹⁴⁸⁾ Une évaluation complète comprendrait également l'évaluation de l'efficacité, qui est en gros la mesure du coût auquel les résultats et l'impact ont été atteints. Toutefois, les données concernant cet aspect étaient disponibles seulement pour l'Espagne (voir ci-dessous).

Tableau 5 — Termes relatifs à l'évaluation couramment employés (méthodes d'évaluation pour une action de nature structurelle)

Évaluation globale	Évaluation d'une intervention dans sa totalité.
Cohérence	La mesure dans laquelle la logique de l'intervention n'est pas en contradiction/l'intervention n'est pas en contradiction avec les autres interventions poursuivant des objectifs similaires.
Pertinence	La mesure dans laquelle les objectifs d'une intervention sont en rapport avec les besoins, les problèmes et les questions à traiter.
Uniformité	La mesure dans laquelle les retombées positives/négatives sur les autres domaines de politique économique, sociale et environnementale sont maximisées/minimisées.
Utilité	La mesure dans laquelle les effets correspondent aux besoins, aux problèmes et aux questions traités.
Efficacité	Le degré de réalisation des objectifs fixés.
Rentabilité	La mesure dans laquelle les effets souhaités sont atteints à un coût raisonnable.
Analyse coût/efficacité	Outil d'évaluation permettant d'émettre en jugement en termes de rentabilité.
Analyse coût/bénéfice	Outil d'évaluation permettant d'évaluer les avantages de l'intervention du point de vue de l'ensemble du groupe concerné et sur la base d'une valeur monétaire attribuée à toutes les conséquences de l'intervention.
Résultat	Ce qui est financé et accompli (ou concrétisé) avec les fonds affectés à une intervention.
Impact	Conséquence affectant les destinataires (bénéficiaires) directs à l'issue de leur participation à une intervention ou après l'achèvement d'une installation publique, ou encore conséquence indirecte affectant d'autres destinataires qui peuvent être gagnants ou perdants.

Source: Commission européenne, 1999.

de méthodes scientifiques (suivi et études approfondies), de l'existence d'un lien de causalité entre la mise en œuvre d'une politique et une évolution du phénomène étudié; et 2) un jugement de valeur sur l'impact atteint, qui doit éventuellement être relié à la prise de décision.

En pratique, le concept d'«évaluation» est intimement lié à celui du «suivi»; toutefois, bien que certains documents traitent les deux termes comme des synonymes, il faut garder à l'esprit que le suivi n'est pas l'évaluation (bien que le suivi en fasse certainement partie).

Au Royaume-Uni, la stratégie nationale antidrogue actualisée a été publiée en 2002 à la suite d'un vaste examen qui a pris en compte les données probantes, notamment les évaluations de leurs composantes en termes d'offre et de demande. La stratégie nationale antidrogue fait l'objet d'un «suivi», d'une «surveillance» et d'une «gestion des performances», mais elle n'est pas «évaluée» (rapports nationaux du Royaume-Uni, p. 106). En Norvège, un objectif du nouveau plan d'action concernant l'alcool et les drogues consiste à développer un système de mesure du degré de réalisation des objectifs et des sous-objectifs du plan (rapport national norvégien, p. 65). En République tchèque, la stratégie nationale antidrogue 2001-2004 définit des buts, des objectifs, des cibles, des indicateurs de réussite et des outils pour une évaluation de l'efficacité de chaque pilier de la stratégie. L'accomplissement des tâches fait l'objet d'un suivi régulier, toutefois, la stratégie n'a pas encore été systématiquement évaluée à l'aune des indicateurs de réussite déterminés et des outils d'évaluation qui ont été définis. Cela peut être dû au coût considérable des évaluations externes

(rapport national de la République tchèque, p. 114). Le nouveau plan d'action danois envisage d'«évaluer» régulièrement un certain nombre d'activités (rapport national danois, p. 67). En Hongrie et en Pologne, les stratégies nationales antidrogue suggèrent un système permettant de suivre l'accomplissement des tâches (rapports nationaux Reitox), tandis qu'en Slovénie, bien que la nouvelle stratégie nationale «envisage l'évaluation régulière de la mise en œuvre», aucune évaluation n'a été effectuée jusqu'ici (rapport national slovène, p. 61). En Lituanie, la mise en œuvre de la stratégie nationale antidrogue (2004-2008) sera menée «en fonction des possibilités financières du pays» (rapport national lituanien, p. 35). Enfin, en Estonie, la nouvelle stratégie nationale antidrogue «comprend des éléments de suivi et d'évaluation et définit les indicateurs de performance» (rapport national estonien, p. 86).

En Finlande et en Suède (rapport national finlandais, p. 113; rapport national suédois, p. 75-76), les stratégies nationales antidrogue mettent davantage l'accent sur le suivi de la mise en œuvre de la stratégie que sur l'évaluation de son impact. En Suède, le coordinateur chargé de la toxicomanie, nommé en 2002, a la responsabilité de garantir que le plan d'action national fait l'objet d'un suivi (grâce à des rapports annuels). En Finlande, également, des travaux de recherche sont prévus pour fixer des étalons à l'aune desquels l'administration chargée de la toxicomanie effectuera le suivi et l'évaluation de ses activités. Le point focal national du Luxembourg rapporte que les résultats du plan 2000-2004 seront évalués en 2005 de manière à élaborer les stratégies complémentaires et futures (rapport national du

Luxembourg, p. 94). En Allemagne, le plan d'action 2002 concernant la drogue et la toxicomanie comprend pour la première fois une tentative de détermination des objectifs opérationnels et des critères qui peuvent être utilisés pour déterminer le succès ou l'échec des interventions (rapport national allemand, p. 101), tandis qu'en Italie le programme triennal 2002-2004 promeut l'évaluation dans le domaine de la prévention et de l'intégration sociale.

Parmi les pays qui présentent une évaluation, soit de la mise en œuvre de la stratégie nationale antidrogue, soit de son efficacité, on peut citer la Grèce, l'Espagne, la France, l'Irlande et le Portugal (tableau 6). Les stratégies espagnole et grecque font référence à «l'évaluation de l'efficacité». En Espagne, la stratégie nationale sur 9 ans appelle à l'évaluation de sa mise en œuvre globale et sectorielle à mi-parcours, en 2003, ainsi qu'en 2008. Le but est d'«améliorer l'efficacité et la rentabilité des politiques publiques» (rapport national espagnol, p. 85), en mesurant la quantité et la qualité du service fourni. De même, en Grèce, le nouveau plan d'action 2002 sur les drogues fait référence à l'évaluation externe de l'efficacité globale des mesures mises en œuvre, qui pourrait être effectuée dans l'avenir en se fondant sur les indicateurs de l'UE et internationaux (rapport national grec, p. 110).

En France, en Irlande et au Portugal, les stratégies nationales antidrogue appellent à une évaluation globale ⁽¹⁴⁹⁾ sectorielle, dans certains cas portant sur l'efficacité (rapport national irlandais). Toutefois, les données reçues montrent qu'en fait les évaluations menées jusqu'ici jugeaient davantage du niveau de mise en œuvre que de l'efficacité de la stratégie. En France, l'évaluation du plan d'action triennal 1999-2002 [mis en œuvre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) de 2000 à 2003] comprenait à la fois une «évaluation globale» et l'évaluation de cinq programmes prioritaires ⁽¹⁵⁰⁾. L'évaluation s'est interrompue avant d'avoir pu juger de l'impact des mesures sur la situation globale de la toxicomanie. Il s'agissait donc essentiellement d'une

estimation des progrès réalisés, par rapport à laquelle l'atteinte des objectifs opérationnels a été estimée. En Irlande, la stratégie nationale antidrogue appelle à une «évaluation indépendante de l'efficacité du cadre global d'ici à la fin 2004» (stratégie nationale antidrogue 2001-2008: «Prendre appui sur l'expérience», p. 111). Toutefois, il semble que l'évaluation comprendra un examen de la mesure dans laquelle la stratégie antidrogue a été mise en œuvre et une analyse pour déterminer si elle a atteint ses objectifs stratégiques, plutôt qu'une estimation complète de l'impact de la stratégie sur la consommation de drogue. Au Portugal, la stratégie antidrogue prévoit une «évaluation externe indépendante de sa mise en œuvre globale et sectorielle» (rapport national portugais, p. 65). Un processus interne d'évaluation est également mentionné dans le rapport.

Dans les États membres qui n'ont pas à proprement parler de «stratégie nationale antidrogue», l'évaluation globale a suscité peu d'intérêt ces dernières années, même dans les pays possédant une culture d'évaluation des projets spécifiques antidrogue. Par exemple, aux Pays-Bas, où la recherche, le suivi et l'évaluation font traditionnellement partie de la politique antidrogue, une nouvelle «stratégie gouvernementale de pilotage» (2002) vise à fournir des conseils de performance aux organes de l'administration publique (notamment ceux qui sont chargés de la santé et de la toxicomanie) (rapport national hollandais, p. 83-84). Et en Autriche, bien que le suivi de la toxicomanie se soit considérablement amélioré ces dernières années, ni les plans provinciaux (autres que les évaluations préliminaires à Vorarlberg), ni la politique globale antidrogue n'ont fait l'objet d'une évaluation (rapport national autrichien, p. 63). Dans les pays restants (Chypre, Lettonie, Malte et Slovaquie, ainsi que Bulgarie, Roumanie et Turquie), les informations sont insuffisantes pour permettre d'établir un rapport sur l'évaluation des stratégies nationales antidrogue (si tant est qu'elles existent).

Tableau 6 — Caractéristiques de l'évaluation de quelques stratégies nationales

	«Stratégie nationale antidrogue»	Portée de l'évaluation	But de l'évaluation	Période de l'évaluation
Grèce	Plan d'action 2002-2006	Globale et spécifique	Efficacité	Néant
Espagne	Stratégie nationale antidrogue, 2000-2008	Globale et spécifique	Efficacité et rentabilité	2003-2008
France	Plan triennal de lutte contre la toxicomanie et les pratiques addictives, 1999-2001	Globale et spécifique	Mise en œuvre	2002
Irlande	Stratégie nationale antidrogue, 2001-2008: «Building on Experience»	Globale et spécifique	Mise en œuvre	2004-2008
Portugal	Stratégie nationale de lutte contre la drogue 1999; plan d'action 2000-2004	Globale et spécifique	Mise en œuvre	2004

⁽¹⁴⁹⁾ Évaluation globale: évaluation d'une intervention dans sa totalité (tableau 5).

⁽¹⁵⁰⁾ 1) Conventions départementales d'objectifs en matière de justice et santé; 2) politique interministérielle en matière de formation; 3) programmes départementaux de prévention; 4) rapprochement des structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions et 5) programmes de réduction des risques dans le 18^e arrondissement de Paris.

Évaluations: ex ante, à mi-parcours et ex post

Le guide de l'évaluation des activités de l'UE (Commission européenne, 2003) identifie quatre raisons principales de mener des évaluations: 1) contribuer à la conception des interventions; 2) améliorer la qualité de l'intervention; 3) contribuer à une affectation efficace des ressources (efficacité); et 4) établir un compte rendu des réussites de l'intervention (comptabilisation). Le même guide décrit trois stades d'évaluation: ex ante, à mi-parcours et ex post.

L'évaluation ex ante est menée avant la mise en œuvre, en principe pour évaluer le besoin d'une action ou pour établir une ligne de base. L'évaluation ex ante apparaît dans les stratégies nationales antidrogue comme un processus de révision mené par les commissions parlementaires, les commissions gouvernementales ou les ministères et qui est destiné à constituer le fondement de ces stratégies (Belgique, Allemagne, Espagne, Irlande, Portugal, Suède).

L'évaluation à moyen terme est signalée dans les stratégies nationales antidrogue de l'Espagne, de l'Irlande et du Portugal en tant qu'outil pour procéder à l'ajustement des interventions et des objectifs «en cours de route».

L'approche de l'ajustement «en cours de route» n'est pas limitée aux pays qui sont engagés dans un processus d'évaluation à proprement parler. Son utilisation est également signalée dans les pays qui mettent en place des systèmes de suivi, où cette démarche est employée pour apporter des informations fiables afin d'aider à ajuster et à remanier les actions futures. Cela impliquerait une estimation de la valeur qui est plus habituelle dans les activités évaluatives. Encore une fois, le suivi et l'évaluation sont employés de manière interchangeable.

L'évaluation ex post englobe toute la période d'intervention, habituellement en mettant l'accent sur les résultats finals de l'intervention, dans le but d'apporter une contribution pour les actions futures. Cette activité est signalée dans le rapport de la France, où l'évaluation finale du plan d'action français avait pour but de réviser les interventions et les objectifs en vue d'un nouveau plan antidrogue; et elle est proposée pour 2008 en Espagne, en Irlande et au Portugal.

Dans le domaine de la toxicomanie, le but du processus d'évaluation est toujours d'améliorer la qualité des interventions existantes et la conception de nouvelles actions. Toutefois, on peut supposer que lorsqu'une stratégie antidrogue succède à une autre, les évaluations ex ante et ex post fusionnent, aboutissant à un processus cyclique dans lequel les résultats finals de la stratégie précédente apportent une contribution à la stratégie future (graphique 24).

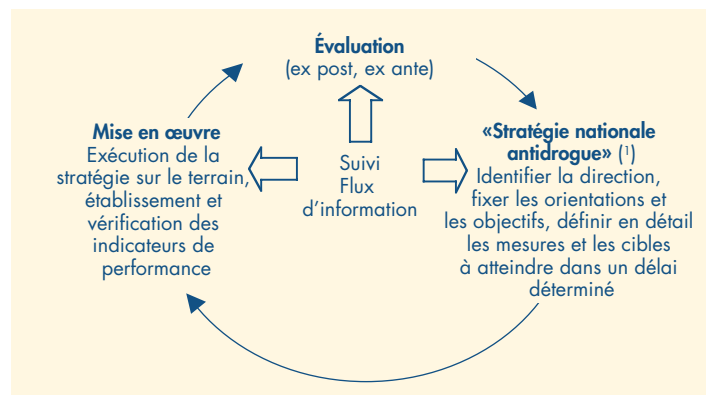
Acteurs de l'évaluation

Une autre question clé abordée dans les «stratégies nationales antidrogue» consiste à savoir si l'évaluation doit être effectuée par des évaluateurs «internes» ou «externes» à l'organisation. On trouve des exemples des deux types, et chaque solution possède ses avantages et ses inconvénients.

Les évaluateurs internes peuvent faire preuve d'une plus grande connaissance des structures et des mécanismes de communication; ils sont familiarisés avec l'organisation et avec le sujet étudié et ils ont facilement accès aux sources de données. Toutefois, il se peut qu'ils aient tendance à justifier les échecs vis-à-vis des objectifs et soient moins enclins à émettre des observations ou à proposer des changements qui pourraient être considérés comme une menace pour l'organisation. Les évaluateurs externes, en revanche, devraient apporter une vision plus objective et plus fiable étant donné qu'ils ne sont pas impliqués dans l'organisation, mais ils peuvent avoir plus de difficultés à accéder aux sources d'information et ils risquent d'essayer de satisfaire le client en fournissant des résultats conformes aux attentes. En outre, les évaluateurs externes sont généralement coûteux. Il y a donc un choix à faire entre d'une part une meilleure compréhension de la situation et la capacité à obtenir une objectivité des informations, et d'autre part une plus grande objectivité et une expertise dans l'évaluation.

La plupart des États membres semblent en faveur d'une approche mixte: en Irlande, l'évaluation à mi-parcours de la stratégie nationale antidrogue sera effectuée en 2005 par des consultants extérieurs sous la direction d'un groupe de pilotage transsectoriel; au Portugal, du personnel interne et des consultants extérieurs procéderont à l'évaluation du plan d'action 2000-2004 et, en France, des évaluateurs externes et du personnel de l'OFDT se sont chargés de divers aspects de l'évaluation du plan d'action triennal. En Espagne, l'évaluation à mi-parcours (2004) est actuellement menée par le personnel du plan national concernant les drogues (PNSD), tandis que le plan grec exige une évaluation externe. En Suède, l'Institut national de la santé publique évaluera la politique de santé publique en mesurant diverses variables de mode de vie. L'un des objectifs de la politique (n° 11) est de réduire la consommation de tabac et d'alcool, de parvenir à une société sans drogues illicites et sans dopage et de réduire les effets préjudiciables de la pratique excessive des jeux d'argent.

Graphique 24 — L'évaluation en tant que processus cyclique



(1) Le terme «stratégie nationale antidrogue» comprend également tous les plans d'actions équivalents découlant de la stratégie.

Dans tous les pays dans lesquels un processus d'évaluation est en place, l'organisme national de coordination semble être l'autorité responsable de l'organisation et de l'exécution du processus: la Mission interministérielle (MILDT) en France, le PNSD en Espagne, l'Institut des drogues et toxicomanies (IDT) au Portugal, la direction chargée des drogues en Irlande, le bureau du coordinateur chargé des drogues en Suède et, comme annoncé dans la stratégie belge de 2001, la cellule générale de politique en matière de drogues en Belgique, lorsqu'elle commencera à fonctionner. Au sein de ces organismes, les centres de suivi de la toxicomanie, qui sont habituellement les mêmes que les points focaux nationaux Reitox, sont chargés de fournir les informations et les données nécessaires pour l'évaluation, et ils assument également parfois la responsabilité technique de l'évaluation.

Objectifs et indicateurs

La question de savoir jusqu'à quel point l'on peut mesurer les effets des actions mises en œuvre dans le cadre de la stratégie nationale antidrogue est souvent soulevée. En effet, les stratégies antidrogue, qu'elles soient nationales ou internationales, font référence à des «objectifs» très «généraux», tels que «la réduction des risques pour les usagers de drogue» ou «le but d'une société sans drogue», ainsi qu'à des «objectifs opérationnels», tels que «l'accroissement des capacités de traitement» ou «la création d'un organisme de coordination chargé de la toxicomanie». Les objectifs «généraux» comme les objectifs «opérationnels» pourraient tirer profit de l'établissement de buts spécifiques. Les premiers sont importants en tant que fondement de la politique nationale antidrogue, ils identifient une direction mais sont difficiles à mesurer; tandis que les derniers indiquent l'exécution d'initiatives qualitatives et quantitatives, ce qui implique qu'elles devraient être plus faciles à mesurer.

Les experts et les professionnels avertissent que, pour évaluer une stratégie de manière scientifique, les objectifs doivent être énoncés d'une manière claire, mesurable et non ambiguë, en distinguant, tout en les reliant, les objectifs «généraux» et les objectifs «opérationnels». En effet, les «objectifs opérationnels» doivent être considérés comme une manière de préciser les «objectifs généraux». Des indicateurs de performance devraient alors être fixés pour mesurer la réalisation des objectifs. Actuellement, seules quelques stratégies nationales antidrogue relèvent de cette catégorie.

Rentabilité

Les stratégies nationales sont rares à insister sur l'analyse coût/bénéfice ou coût/efficacité, à l'exception de la stratégie espagnole, d'après laquelle l'évaluation de la stratégie nationale tentera également de mesurer la rentabilité de la politique publique. Bien que les budgets et

les coûts constituent une préoccupation pour les administrations publiques, le domaine de la drogue (comme le mentionne le dernier rapport annuel, OEDT, 2003b) est caractérisé par un manque général de connaissances du coût global des interventions publiques dans cette matière. Ce type d'analyse est généralement considéré comme marginal et ne figure que dans de rares travaux de recherche.

Contraintes concernant l'évaluation

Au sein de la communauté scientifique, on reconnaît qu'il est très difficile de juger de l'efficacité d'une politique antidrogue. Les experts et les professionnels mettent en garde contre les difficultés que pose l'évaluation de l'impact d'une politique publique: «plusieurs niveaux de complexité» et une «multitude de liens de cause à effet» doivent être pris en compte. En effet, il peut être difficile de détecter un lien de causalité entre une politique antidrogue et ses résultats et son impact, en raison de la variété des interventions et des effets à mesurer ainsi que des éventuels facteurs extérieurs (facteurs parasites) influant sur la réalité (par exemple les conditions socio-économiques, les sous-cultures). Certains travaux de recherche suggèrent que le phénomène de la drogue pourrait dépendre davantage de facteurs comportementaux et sociétaux que de mesures politiques.

En outre, la nature illicite de la consommation de drogue peut constituer un sérieux obstacle à la collecte de données, qui est un outil essentiel pour tout processus d'évaluation, en empêchant l'identification de nombreux aspects du phénomène de la drogue. Ainsi, l'évaluation dans le domaine de l'intervention antidrogue doit être soigneusement pensée et ses résultats doivent être interprétés avec prudence.

Conclusion

D'après les données examinées, il semble que les «stratégies nationales antidrogue» emploient généralement le terme «évaluation» pour désigner la mesure de la mise en œuvre — l'état d'avancement, les réussites, voire les échecs — et par la suite émettre un jugement sur ces données, au lieu d'évaluer l'impact de la situation globale de la lutte contre la drogue. Cela est une conclusion importante. La plupart des pays qui sont confrontés au problème de la drogue depuis plusieurs décennies sont maintenant capables de (ou disposés à) mettre en place, par le biais de systèmes de suivi, une base de mesure du phénomène de la drogue et des effets de leur action. Ainsi, les politiques antidrogue peuvent être considérées comme plus que jamais comptabilisables, ce qui, en soi, est une réussite importante.

Quelques pays sont allés plus loin, en annonçant qu'outre le développement de systèmes de suivi ils mèneront une évaluation de la mise en œuvre de la «stratégie nationale

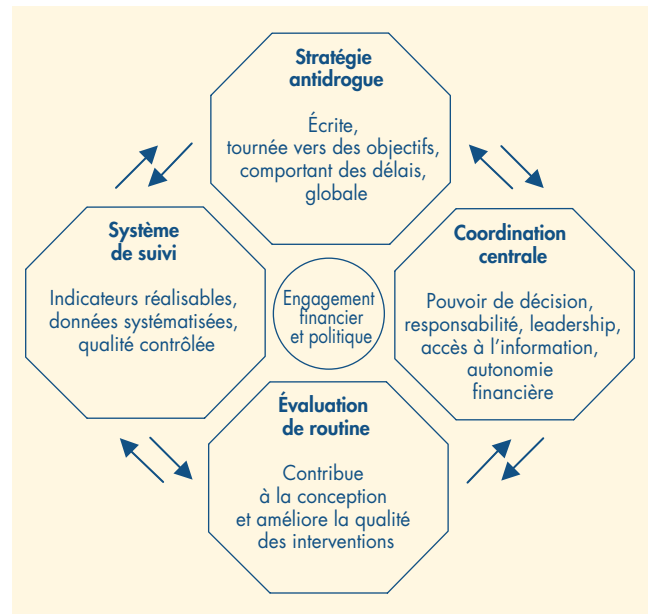
antidrogue», par laquelle ils entendent une étude scientifique pour évaluer les mérites ou autres de tout ou partie de la stratégie. Toutefois, jusqu'ici, l'on n'a encore observé aucun signe d'une évaluation scientifique de l'impact des stratégies nationales antidrogue globales.

Généralement, les pays qui adoptent une approche plus structurée de la politique antidrogue, c'est-à-dire qui possèdent une «stratégie nationale antidrogue» globale, écrite et guidée par des objectifs, un mécanisme de coordination central avec, enfin, un coordinateur national et un solide système de suivi, font état d'un processus d'évaluation plus perfectionné (graphique 25). Il semble que l'existence d'une approche plus structurée, ce qui est en soi un signe d'engagement financier et politique, soit une condition préalable à une approche plus développée de l'évaluation d'une stratégie nationale antidrogue. Cette hypothèse doit bien sûr être confirmée par d'autres travaux de recherche.

L'essor de la culture du suivi et de l'évaluation a permis d'approfondir la connaissance du phénomène de la drogue dans l'UE et, par conséquent, les fondements sont posés pour des décisions mieux informées. L'évaluation est désormais formellement reconnue, dans les stratégies antidrogue actuelles, comme un élément essentiel de la comptabilisation, des performances et de la prudence financière. De nombreux projets et interventions spécifiques dans le domaine de la drogue contiennent déjà un élément

d'évaluation et, si cette démarche est étendue à l'ensemble des grandes interventions en matière de politique antidrogue, elle contribuera progressivement à la mesure de l'efficacité des stratégies antidrogue européennes.

Graphique 25 — Principales caractéristiques d'une approche politique structurée de la toxicomanie





Question particulière n° 2

Les problèmes liés au cannabis dans leur contexte — comprendre l'augmentation des demandes de traitement en Europe

Introduction

Le terme «cannabis» est employé pour définir divers produits obtenus à partir de la plante de cannabis ou chanvre (*Cannabis sativa* L.), une espèce annuelle originaire de l'Asie centrale et qui pousse actuellement dans un grand nombre de régions du monde tempérées et tropicales. Les nombreuses variétés de *Cannabis sativa* présentent autant de caractéristiques biologiques et chimiques différentes. On trouve trois formes de cannabis illicite sur le marché européen de la drogue: l'«herbe de cannabis», composée de l'extrémité en fleur, de la tige et des feuilles séchées de la plante; la «résine de cannabis», c'est-à-dire les sécrétions résineuses brunes ou noires séchées des extrémités en fleur, habituellement vendue sous forme de blocs comprimés mais que l'on trouve parfois également en poudre; et, de loin la présentation la moins courante, l'«huile de cannabis», qui est un liquide visqueux gluant.

Le cannabis est utilisé depuis longtemps par l'homme et, à certaines périodes, par diverses sociétés en tant que source importante de fibres pour les vêtements et les cordes, accessoire de rituel religieux, médicament de phytothérapie et stupéfiant. Dans le monde entier, le cannabis est actuellement la drogue illicite la plus fréquemment produite, vendue illégalement et consommée (PNUCID, 2003a). En dépit de la longue histoire de sa consommation et de sa popularité actuelle, notre compréhension de l'impact du cannabis sur la santé publique reste limitée. Récemment, les signes d'une relation éventuelle entre la consommation du cannabis, en particulier lorsqu'elle est intensive, et une série de problèmes sanitaires et sociaux sont devenus de plus en plus manifestes. L'augmentation apparente du nombre de consommateurs de cannabis qui sollicitent l'assistance des services spécialisés dans la toxicomanie soulève également des inquiétudes croissantes. Toutefois, l'étendue et la nature des difficultés qui frappent les populations de consommateurs de cannabis en Europe demeurent obscures. De même, on ne connaît pas bien la mesure dans laquelle les informations statistiques sur l'augmentation des demandes de traitement traduisent des changements dans les pratiques de signalement et d'orientation et non l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin d'assistance. Pour répondre à ces questions, il nous faut placer les demandes de traitement concernant le cannabis dans la perspective plus large de la transformation des modèles de consommation en Europe, de l'évolution et du développement des systèmes de

signalement et même d'une prise en compte de la nature changeante de la drogue elle-même. Ces thèmes sont traités dans la question particulière concernant les problèmes liés au cannabis dans leur contexte, dont le but est de faciliter un débat mieux informé sur l'impact potentiel, en termes de santé publique, de ce qui constitue la forme la plus fréquente de consommation de drogue illicite.

Le contexte législatif: le statut juridique du cannabis en Europe

Les sanctions légales qui devraient s'appliquer à ceux qui consomment du cannabis demeurent un point de controverse dans l'UE ⁽¹⁵¹⁾ et les États membres ont des approches très divergentes sur cette question.

Les extraits de cannabis sont classés comme des stupéfiants en vertu des tableaux I et IV de la convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961 ⁽¹⁵²⁾. La convention exige d'adopter des mesures pour garantir qu'une large gamme d'activités — dont la possession de stupéfiants — soient passibles de sanctions. Toutefois, les États membres doivent interpréter et appliquer cette convention en tenant compte de leur propre situation, et l'article 36, paragraphe 1, alinéa b), prévoit la possibilité de «mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale».

En pratique, cela signifie qu'à travers l'UE le traitement des infractions liées au cannabis est hétérogène. Certains pays ont émis des directives élaborées par les procureurs ou des codes juridiques indiquant le traitement à réserver à certains types d'infractions liées au cannabis qui recommandent souvent différentes voies juridiques pour déterminer les infractions qui sont considérées comme mineures ou plus graves. Et, dans certains pays, une tendance se fait jour: des mesures thérapeutiques commencent à être mises en œuvre en tant qu'alternative aux poursuites pénales pour des affaires de consommation et de possession de petites quantités de drogue sans circonstances aggravantes. En outre, les codes pénaux peuvent traiter la consommation problématique en permettant (de façon discrétionnaire ou obligatoire) la suspension des poursuites à condition que le délinquant se soumette à une consultation d'assistance ou à un traitement. Bien que ces alternatives s'appliquent habituellement aux consommateurs de toutes les drogues, du

⁽¹⁵¹⁾ Voir le site web de la base de données européenne en matière de législation sur les drogues (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Voir <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

fait des changements intervenus l'année dernière, les lois ou les directives de la Belgique et du Royaume-Uni mentionnent désormais expressément les usagers de cannabis à problème dans le but de les orienter vers une aide.

Problèmes physiques et psychologiques et troubles du comportement liés à la consommation de cannabis ⁽¹⁵³⁾

Les rapports nationaux des États membres signalent qu'une augmentation du nombre de demandes de traitement pour le cannabis reflète probablement un accroissement du niveau des problèmes particulièrement liés à la consommation intensive de cannabis. Il convient toutefois de noter une pénurie considérable de données systématiques et comparables sur les problèmes vécus par les consommateurs de cannabis. La base de connaissances scientifiques dans ce domaine est encore en cours de développement, mais elle fournit des faits probants de plus en plus convaincants relatifs à une association entre la consommation de cannabis et une série de problèmes, même si la nature du lien de causalité n'est pas toujours claire. Une vue d'ensemble de la littérature concernant les problèmes liés à la consommation de cannabis est disponible en ligne (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Il est important de faire la distinction entre les effets directs (à court terme) du cannabis et l'impact à long terme ou chronique de cette drogue. Une série d'effets directs positifs comme négatifs ont été signalés. Les effets négatifs comprennent des déficits de l'attention et des difficultés de concentration, des effets défavorables sur la fonction motrice (réflexes, coordination), des troubles de la mémoire à court terme, des crises d'angoisse et de panique et la dépression. Les effets positifs comprennent l'euphorie, la relaxation et une sociabilité accrue. Les effets directs de cette drogue qui suscitent le plus d'inquiétudes sont la psychose à court terme d'origine médicamenteuse ou les graves crises de panique, l'augmentation des risques d'accident, en particulier lors de la conduite ou dans un environnement de travail dangereux, et, chez les jeunes, une influence néfaste sur les performances scolaires (Hall et al., 2001).

La compréhension des effets chroniques du cannabis est plus complexe pour diverses raisons, notamment parce qu'il est difficile de distinguer les effets du cannabis des effets de la consommation chronique d'autres drogues illicites, du tabac et de l'alcool. Toutefois, les principales préoccupations dans ce domaine concernent l'augmentation du risque de cancer du poumon et d'autres maladies respiratoires et une relation avec le développement de troubles psychiatriques à long terme, notamment la dépression, la psychose et la schizophrénie. Une inquiétude particulière relative à la consommation chronique est causée par le développement

possible d'un comportement de dépendance. La synthèse disponible en ligne analyse dans quelle mesure les faits probants indiquent que la consommation du cannabis est un facteur de risque, un facteur causal ou simplement liée à ces problèmes par une relation plus complexe.

Dans la plupart des États membres, le cannabis est la drogue illicite la plus fréquemment mise en cause dans les infractions liées à la drogue qui sont signalées, ce qui n'a rien de surprenant étant donné qu'il s'agit également de la drogue la plus consommée ⁽¹⁵⁴⁾. Toutefois, contrairement à d'autres drogues, telles que l'héroïne, il semble qu'il n'existe pas d'association importante entre la consommation de cannabis et les autres types d'infractions.

La consommation de cannabis et l'évaluation de l'ampleur des problèmes

Bien que les critères internationaux de diagnostic reconnus fournissent une orientation utile sur les définitions de l'utilisation nocive, de l'abus et de la dépendance vis-à-vis de la drogue, des problèmes se posent lorsque le cannabis est considéré à la lumière des faits probants disponibles au niveau de l'Europe ⁽¹⁵⁵⁾. En particulier, il existe des variations considérables dans des questions clés concernant les mesures. Par exemple, il y a peu de consensus sur la définition de termes tels que la «consommation intensive», la «consommation régulière» et la «consommation problématique», et cela rend difficile la comparaison des résultats des différentes études. En outre, c'est avant tout dans les travaux d'enquête que l'on a tenté de mesurer la «dépendance» ou l'«abus» selon les définitions de la CIM ou du DSM au niveau de la population. Encore une fois, on constate un manque d'outils normalisés qui permettraient des comparaisons convaincantes des données provenant de différentes études ou concernant des populations entières.

Cependant, des travaux sont en cours dans ce domaine. Par exemple, une étude française en cours vise à mieux définir la consommation problématique et à développer des instruments spécifiques pour mesurer la fréquence de consommation, le risque perçu et les effets psychologiques et physiques (Beck, 2003).

À ce jour, la mesure de l'intensité de la consommation la plus couramment utilisée est le nombre de jours pendant lesquels la drogue a été consommée sur une période déterminée. La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis est habituellement considérée comme un indicateur de «consommation intensive». Si la consommation quotidienne de cannabis n'implique pas forcément une dépendance, il est probable qu'une proportion considérable de consommateurs quotidiens seraient considérés sujets à une dépendance ou à un abus de drogue selon les critères de diagnostic normalisés

⁽¹⁵³⁾ Une monographie traitant spécifiquement de la consommation de cannabis et des problèmes qui y sont liés sera publiée au cours du premier semestre de 2005. Des informations particulières sur les effets physiques et sanitaires de la consommation du cannabis peuvent être consultées sur le site web de l'OEDT.

⁽¹⁵⁴⁾ Voir Criminalité liée à la drogue_Tbl. 5 dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁵⁵⁾ Pour une définition de la «dépendance» et de l'«utilisation nocive pour la santé», voir la classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM-10, Organisation mondiale de la santé), codes F10 à F19: troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. On utilise également fréquemment le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel statistique et de diagnostic sur les troubles mentaux, 4^e édition) (DSM-IV, American Psychiatric Association), qui emploie les concepts de «dépendance» et d'«abus».

(CIM-10, DSM-IV). Étant donné que la fréquence de consommation est relativement facile à mesurer et à harmoniser dans les questionnaires, cette mesure figure dans les lignes directrices de l'OEDT pour le questionnaire modèle européen (European Model Questionnaire). Actuellement, dans leurs rapports, neuf pays mentionnent des données sur la fréquence de consommation du cannabis sous cette forme ⁽¹⁵⁶⁾.

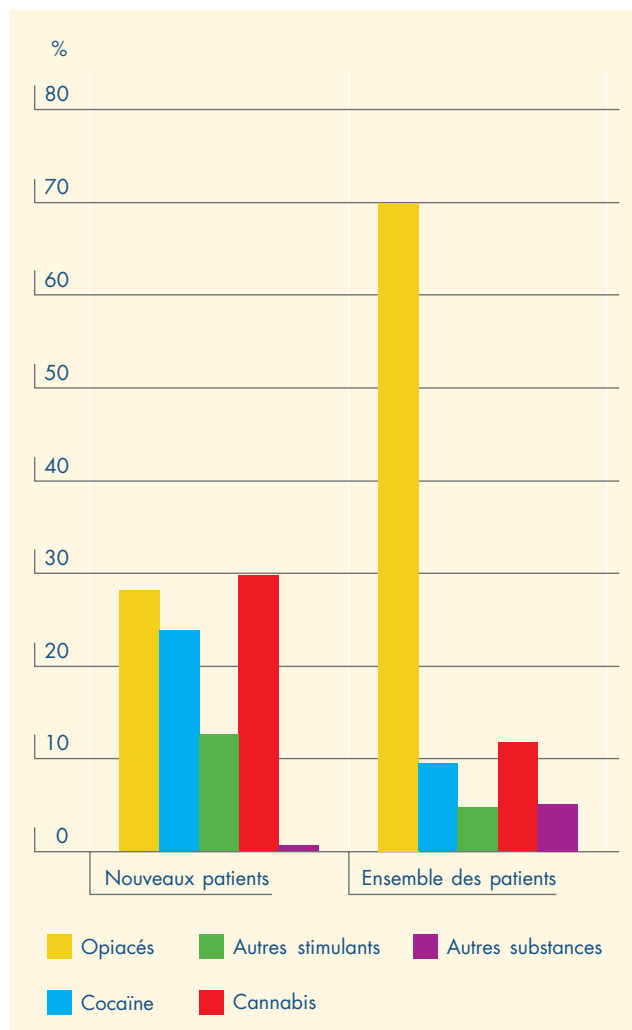
Tendances des demandes de traitement pour les problèmes liés au cannabis

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en Europe, mais seule une faible proportion des personnes qui en ont fait usage entreprennent un traitement. Malgré ce fait, dans de nombreux pays, le cannabis se situe aujourd'hui en deuxième position parmi les drogues primaires les plus fréquemment signalées pour lesquelles les personnes bénéficient d'un traitement spécialisé de la toxicomanie. D'après les données IDT (indicateur de la demande de traitement) (voir p. 65) recueillies dans tous les types de services de traitement spécialisé, environ 12 % de l'ensemble des patients et 30 % des nouveaux patients en traitement sont aujourd'hui déclarés comme souffrant de troubles liés principalement au cannabis (graphique 26).

La proportion de nouveaux patients (ceux qui n'ont aucun antécédent de traitement) qui entreprennent un traitement lié à la consommation de cannabis varie considérablement entre les pays, entre un niveau proche de zéro en Lituanie et près de la moitié (48 %) en Allemagne, mais elle dépasse généralement un cinquième (20 %) (graphique 27). Toutefois, tous les pays ne sont pas en mesure de fournir des données sur les nouvelles demandes de traitement, et les problèmes liés au cannabis apparaissent de façon moins évidente dans le cadre du spectre plus large de l'ensemble des demandes de traitement.

Entre 1996 et 2002, d'après les données IDT provenant des pays qui disposent de données concernant les tendances, le nombre de nouveaux patients sollicitant un traitement pour le cannabis en tant que drogue primaire est passé de 3 713 à 12 493. En 2002, en moyenne, sur les 11 pays qui disposent de données, ces patients représentaient 29 % de l'ensemble des nouveaux patients, ce qui représente une augmentation par rapport au chiffre de 9 % en 1996 (voir le graphique 20 pour les sources des données). Bien que tous ces pays, à l'exception de la Grèce et du Royaume-Uni ⁽¹⁵⁷⁾, enregistrent une augmentation de la proportion de nouveaux patients pour le cannabis sur l'ensemble des nouveaux patients, l'ampleur de cette augmentation varie entre 6 % aux Pays-Bas et 31 % en Allemagne. Les informations fournies dans les rapports nationaux Reitox indiquent que le nombre de personnes sous traitement pour une consommation primaire de cannabis augmente également dans certains des nouveaux États membres (graphique 28). Une récente analyse des demandes de traitement pour le cannabis, menée par le système national

Graphique 26 — Drogues primaires signalées parmi les nouveaux patients et l'ensemble des patients admis en traitement en 2002



NB: n = 42 568 (nouveaux patients), 351 372 (ensemble des patients).
Pays fournissant des données (nouveaux patients): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SK, SI, SP, SW.
Pays fournissant des données (ensemble des patients): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Pondéré par rapport au nombre de patients par pays.
Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

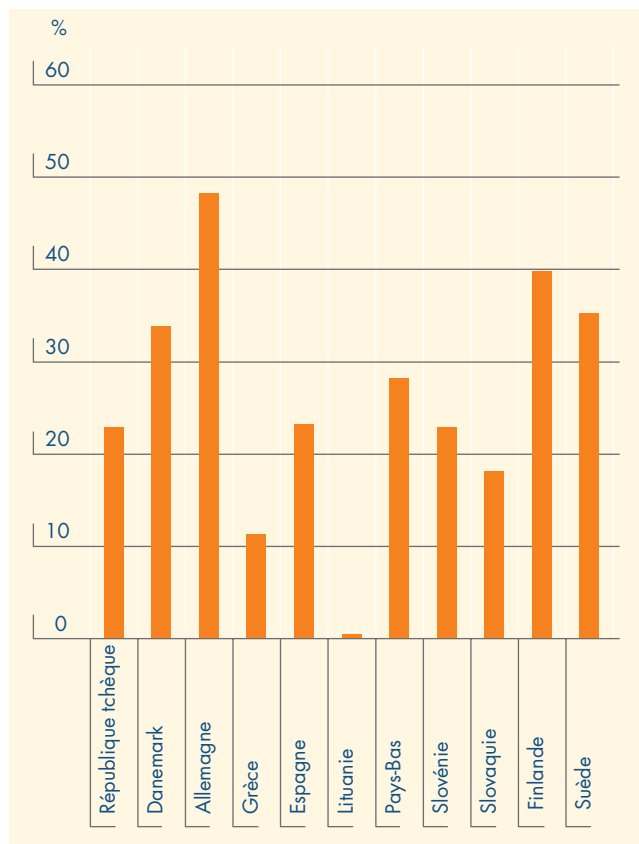
hollandais d'information sur les drogues et l'alcool (LADIS), a révélé que 29 % des nouveaux patients admis en traitement en 2002 étaient déclarés comme souffrant de troubles liés au cannabis, et que les patients consommateurs de cannabis représentaient un nombre réduit de personnes, mais qui augmentait d'année en année. Le rapport notait également qu'étant donné l'ampleur de la consommation de cannabis aux Pays-Bas la proportion de ceux qui sollicitent un traitement, bien que croissante, reste relativement faible.

Il convient toutefois d'être prudent dans la généralisation des séries de données européennes unifiées. Les données d'enquêtes longitudinales sur les nouvelles demandes de

⁽¹⁵⁶⁾ La Grèce, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, les Pays-Bas et le Portugal. Les données concernant la Finlande ne sont pas présentées en raison du faible nombre de consommateurs le mois précédent dans son enquête (35). Le nombre de cas et les pourcentages pour chaque pays sont présentés dans «Enquête PG_Tableau 7» dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁵⁷⁾ Les données concernant les nouveaux patients ne sont pas disponibles pour le Royaume-Uni et les informations sont mentionnées dans les rapports nationaux.

Graphique 27 — Le cannabis signalé en tant que drogue primaire parmi les nouveaux patients admis en traitement en 2002



NB: Nombre total de cas: 42 421.
Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

traitement ne sont disponibles que pour 11 pays. Il est également important de noter ici que l'augmentation des demandes de traitement pour le cannabis reflétée par les données IDT est fortement influencée par les données provenant d'Espagne et d'Allemagne, pays qui ont connu une augmentation particulièrement importante des signalements de troubles liés au cannabis en tant que drogue primaire: en outre, en termes de chiffres globaux, l'Espagne représente environ 50 % de l'ensemble des demandes de traitement signalées.

L'augmentation des demandes de traitement liées au cannabis n'est pas limitée à l'Europe. Aux États-Unis, où l'on utilise un système différent pour l'enregistrement des traitements de la toxicomanie ⁽¹⁵⁸⁾, les admissions en traitement liées à la marijuana ont augmenté, passant d'environ 20 000 en 1992 à près de 90 000 en 2000 (Samhsa, 2001; OEDT, 2003d).

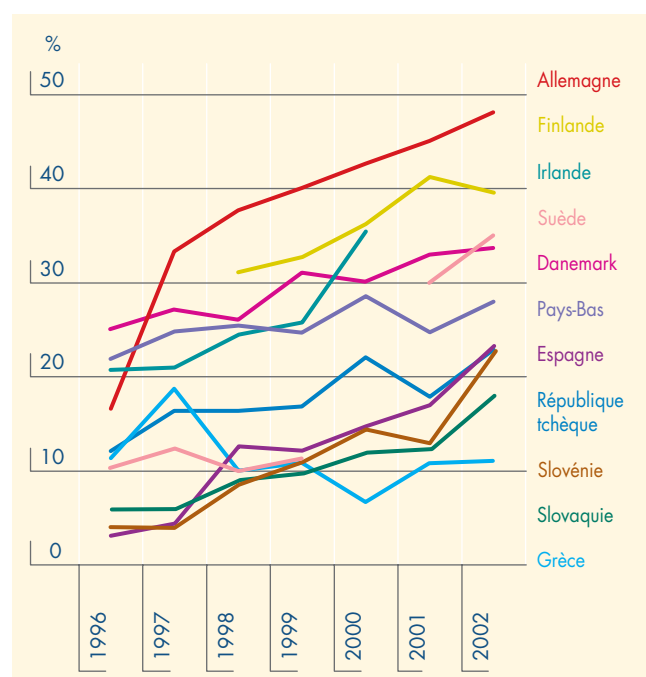
La prise en compte des conséquences de l'augmentation des demandes de traitement liées au cannabis soulève les questions essentielles suivantes:

- Ce résultat traduit-il une augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles physiques et

psychologiques liés à leur consommation de cannabis?
Si oui:

- est-ce la conséquence d'une augmentation de la consommation intensive normale de cannabis?
- Cela reflète-t-il d'autres facteurs tels qu'une éventuelle augmentation de la puissance du cannabis?
- Cette augmentation peut-elle s'expliquer par des facteurs qui ne sont pas liés à un besoin accru d'assistance, tels que:
 - l'amélioration de la couverture du système de signalement des traitements;
 - le développement des types de centre de traitement disponibles, et en particulier les services de traitement spécifiques destinés aux adolescents et aux jeunes (rapports nationaux Reitox, 2003);
 - une évolution dans la façon dont la consommation de cannabis est traitée par le système de justice pénale, au sein des écoles ou par les organismes travaillant avec les jeunes, avec une augmentation des orientations vers des traitements pour des personnes qui, autrement, n'auraient pas sollicité une assistance spontanément.

Graphique 28 — Tendances relatives au cannabis signalé en tant que drogue primaire parmi les nouveaux patients admis en traitement, 1996-2002



NB: Traitement en chiffres globaux (% de l'ensemble des patients).
Moyenne des tendances (%) au sein des pays.
Pays fournissant des données: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI, SE.
En Suède, les données pour 1996 à 1999 proviennent des traitements en milieu hospitalier: le nombre de cas de cannabis est relativement faible comparé aux autres années.
Source: Rapports nationaux Reitox 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ Aux États-Unis, on enregistre les admissions en traitement au lieu des personnes traitées. Par ailleurs, contrairement au cas de l'Europe, l'alcool est compris dans les drogues. Voir le site web du Samhsa (<http://www.samhsa.gov>). Notons qu'aux États-Unis, au Canada et en Australie on utilise le terme de «marijuana» car celui de «hashish» (résine de cannabis) n'est pas couramment employé.

Il est important de comprendre dans quelle mesure chacun de ces facteurs influe sur la participation au traitement. Une première étape consiste à considérer les caractéristiques des patients admis en traitement et déclarés comme souffrant de troubles liés principalement au cannabis. Cette analyse se fonde sur ceux qui fréquentent les centres de traitement en ambulatoire.

Patients sous traitement lié au cannabis: caractéristiques et modèles de consommation

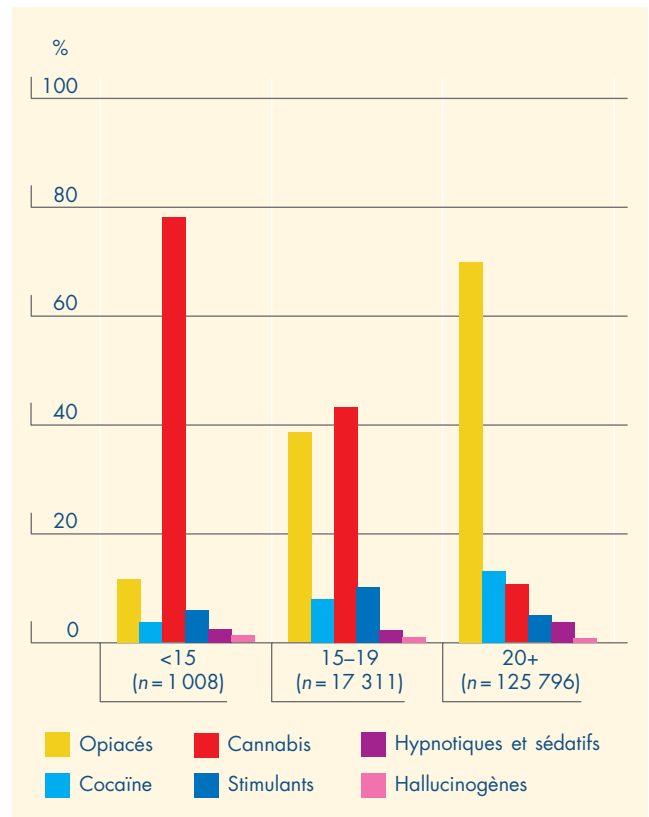
On dispose d'un certain nombre d'options types pour l'enregistrement de la source de la demande de traitement pour les usagers de drogue.

Ces options distinguent les usagers de drogue qui se présentent spontanément de ceux qui ont été orientés vers le traitement par d'autres organismes, tels que les organismes sociaux ou la justice pénale. La plupart des patients sous traitement lié au cannabis sont orientés vers le traitement par leur famille et leurs amis, les services sociaux ou le système de justice pénale. Par comparaison avec les consommateurs d'autres drogues, une plus faible proportion de patients traités pour le cannabis ont spontanément demandé le traitement ⁽¹⁵⁹⁾. La situation est similaire aux États-Unis et au Canada, où la demande de traitement pour la marijuana en tant que substance primaire est fréquente mais non spontanée (OEDT, 2003d).

On relève une différence importante entre les sources de demande de traitement: les personnes orientées par des membres de leur famille ou des services sociaux (souvent scolaires) sont généralement plus jeunes, moins susceptibles de consommer d'autres drogues en plus du cannabis et mieux intégrées socialement, tandis que les patients envoyés par les autorités de justice ou classés dans la catégorie des demandes spontanées tendent à être plus âgés et consomment souvent d'autres drogues outre le cannabis (rapports nationaux Reitox, 2003). En Allemagne et en Finlande, les pays qui présentent le plus fort pourcentage de patients sous traitement pour consommation primaire de cannabis, les autorités légales et les écoles jouent un rôle important dans la demande de traitement des patients consommateurs de cannabis.

Les patients qui entreprennent pour la première fois un traitement lié au cannabis sont majoritairement des jeunes d'une moyenne d'âge de 22-23 ans, des hommes (83 %), alors que dans le cas des autres drogues la proportion des patients de sexe masculin est légèrement plus faible et la moyenne d'âge est supérieure. Pour près de 80 % des nouveaux patients qualifiés de «très jeunes» (moins de 15 ans) et 40 % de ceux qui ont entre 15 et 19 ans, la drogue primaire qui est le motif du traitement est le cannabis (graphique 29) ⁽¹⁶⁰⁾. Ces groupes sont toujours en majorité des hommes mais comprennent une plus forte proportion de femmes que l'ensemble du groupe de patients. Les différences de répartition par âge et par sexe

Graphique 29 — Répartition de la drogue primaire signalée parmi les participants en traitement ambulatoire, par groupe d'âge, 2002



NB: Ensemble des patients. Pays fournissant des données: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK. Les hommes du Danemark et du Royaume-Uni représentent 56 % de l'ensemble des patients de moins de 20 ans sous traitement pour consommation de cannabis, contre 17 % pour l'Espagne. Sources: Rapports nationaux Reitox 2003; centres de traitement en ambulatoire IDT.

selon les pays reflètent en gros les mêmes caractéristiques que sur l'ensemble des patients.

L'âge relativement jeune des patients sous traitement lié au cannabis reflète la forte proportion (45 %) de ceux qui sont encore scolarisés, contre seulement 8 % des patients traités pour des troubles liés à d'autres drogues. 24 % de ceux qui sont traités pour des troubles liés au cannabis occupent un emploi stable, et le même pourcentage est au chômage ⁽¹⁶¹⁾, ce qui contraste fortement avec les patients consommant des drogues telles que l'héroïne. En outre, les patients traités pour usage de cannabis déclarent plus fréquemment habiter dans un logement fixe que ceux qui sont traités pour des problèmes liés à d'autres drogues ⁽¹⁶²⁾, ce qui traduit le fait que beaucoup sont des jeunes, des étudiants ou lycéens, et habitent chez leurs parents.

Les modèles de consommation chez les patients qui bénéficient d'un traitement en ambulatoire pour consommation primaire de cannabis varient

⁽¹⁵⁹⁾ Voir le graphique 22 EL: Source de la demande de traitement pour l'ensemble des patients: pour toutes les drogues et pour le cannabis.

⁽¹⁶⁰⁾ Voir également IDT_Tbl 4 dans le bulletin statistique 2004.

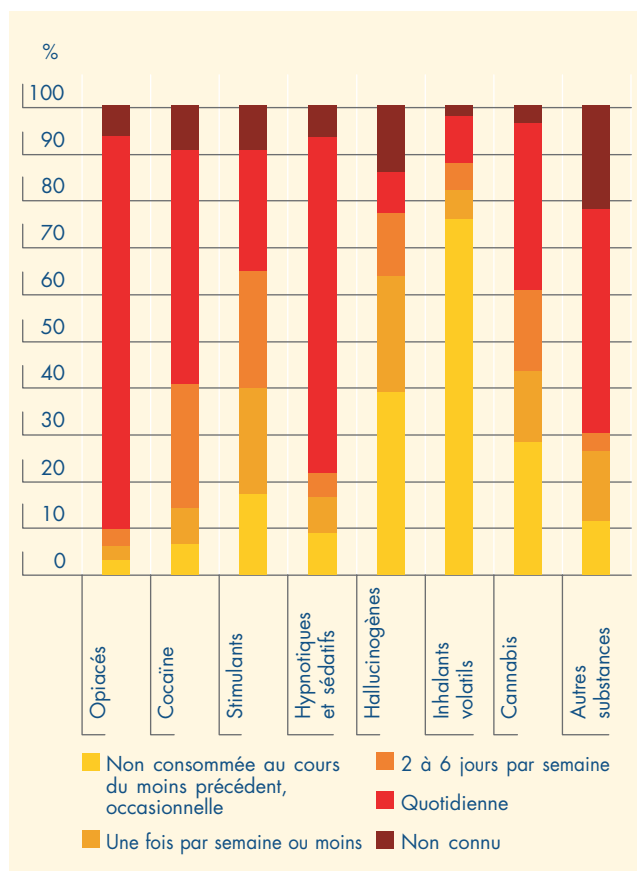
⁽¹⁶¹⁾ Voir le graphique 23 EL: Situation professionnelle des patients consommateurs de cannabis et de l'ensemble des patients.

⁽¹⁶²⁾ Voir le graphique 24 EL: Conditions de vie des patients consommateurs de cannabis et de l'ensemble des patients.

considérablement et sont très différents de ceux qui caractérisent les autres types de drogues, en particulier les opiacés (graphique 30). En 2002, parmi les patients sous traitement pour un problème principalement lié au cannabis, seuls 36 % étaient des consommateurs quotidiens de cette drogue et seuls 17 % consommaient du cannabis plus fréquemment qu'une fois par semaine (2 à 6 fois par semaine); 15 % consommaient la drogue une fois par semaine ou moins souvent et 28 % étaient des consommateurs occasionnels ou n'avaient pas consommé de cannabis au cours du mois précédent. En revanche, 84 % des usagers d'opiacés sous traitement sont des consommateurs quotidiens.

La proportion de patients sous traitement en ambulatoire qui consomment du cannabis quotidiennement varie selon les pays. Les plus fortes proportions de consommateurs quotidiens de cannabis sont signalées aux Pays-Bas (80 %) et au Danemark (76 %), tandis que la plus forte

Graphique 30 — Répartition de la fréquence de consommation de la drogue primaire signalée parmi tous les participants en traitement ambulatoire en 2002



NB: n = 109 699 (ensemble des patients). Pays fournissant des données: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ: tous les types de centres de traitement). Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, centres de traitement en ambulatoire IDT.

proportion de consommateurs occasionnels est signalée en Allemagne (41 %) ⁽¹⁶³⁾.

Le risque de développer plus tard des problèmes de toxicomanie est inversement proportionnel à l'âge de la première consommation de cannabis (Kraus et al., 2003). En Europe, 28 % de l'ensemble des patients traités pour usage de cannabis en 2002 ont commencé à consommer cette drogue avant l'âge de 15 ans, et la majorité (80 %) avant l'âge de 20 ans. Les chiffres correspondants pour les opiacés s'élevaient respectivement à 8,9 % et 42,8 %, et sont de 6 % et 26,5 % pour la cocaïne.

La plupart des pays signalent que les patients sous traitement pour consommation primaire de cannabis présentent souvent une polytoxicomanie. Cela peut indiquer un problème de signalement, par exemple dans le cas où les patients polytoxicomanes sont, pour plus de commodité, enregistrés en tant que consommateurs primaires de cannabis. Toutefois, on ne dispose pas de données quantitatives sur la proportion de polytoxicomanes parmi les patients en général. On relève des différences entre les patients qui consomment uniquement du cannabis et ceux qui consomment du cannabis en association avec une autre drogue (rapports nationaux Reitox, 2003): les premiers sont généralement plus jeunes et mieux intégrés socialement (ils occupent plus fréquemment un emploi et possèdent un plus haut niveau scolaire, et sont moins susceptibles d'abandonner ou d'avoir abandonné leurs études). Les substances secondaires les plus fréquemment signalées par les consommateurs primaires de cannabis sont l'alcool (32,9 %) et les stimulants (25 %) ⁽¹⁶⁴⁾, bien que la répartition varie selon les pays.

Certains patients sous traitement pour le cannabis avouent également consommer d'autres drogues par voie d'injection, et quelques-uns signalent avoir déjà consommé des drogues par voie d'injection bien qu'ils ne consomment pas actuellement d'autres drogues que le cannabis. Par exemple, en Grèce, en 2002, bien que 14,7 % des patients consommateurs de cannabis déclareraient une consommation de drogue secondaire avaient eu recours à l'injection au cours des 30 derniers jours, 25,4 % de tous les patients consommateurs de cannabis déclaraient s'être déjà injecté une autre substance (rapport national grec, 2003). De même, les informations provenant de la République tchèque (rapport national) indiquent que dans certains lieux de traitement jusqu'à la moitié des patients traités pour consommation de cannabis sont également des usagers de drogue par voie intraveineuse.

Tendances des demandes de traitement: des facteurs en évolution

L'augmentation de la demande de traitement pour des problèmes liés à la consommation primaire de cannabis devrait être considérée dans le contexte des changements qui ont affecté les caractéristiques et les modèles de consommation. Entre 2000 et 2002, dans les pays qui ont

⁽¹⁶³⁾ Voir le graphique 25 EL: Fréquence de consommation de cannabis par pays.

⁽¹⁶⁴⁾ Voir le graphique 26 EL: Drogue secondaire la plus utilisée parmi les patients consommateurs de cannabis par pays et IDT — Tbl 9 dans le bulletin statistiques 2004.

rapporté des données, le nombre total de demandes de traitement émises par les autorités de justice, la famille et les amis ainsi que les services sociaux a augmenté de façon exceptionnelle, de 103 %, 81 % et 136 % pour les trois années respectives ⁽¹⁶⁵⁾. Aucune différence significative n'a été relevée entre les pays, sauf en Allemagne où la proportion des demandes émanant du système de justice pénale a également augmenté (passant de 21,7 % à 26,7 %).

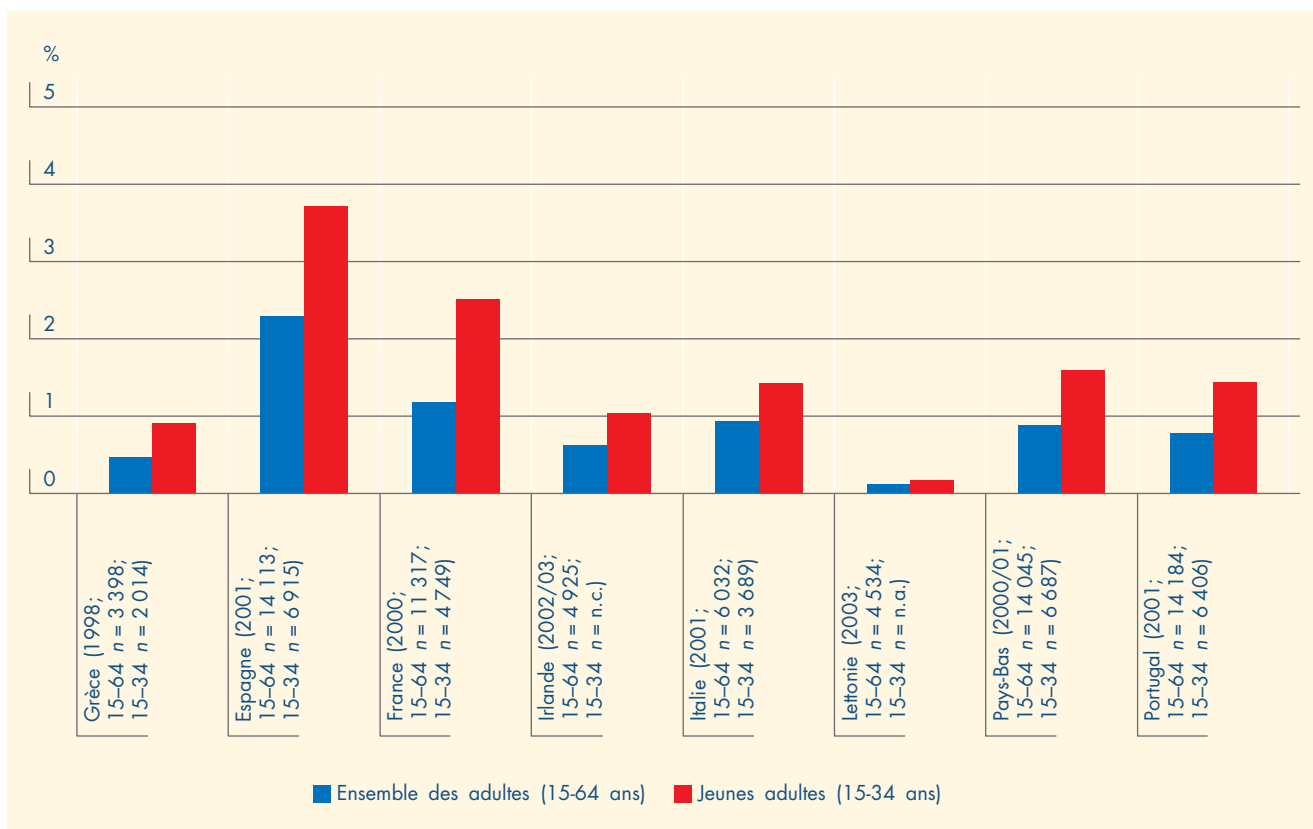
Aucune donnée vérifiable sur les caractéristiques sociodémographiques des patients consommateurs de cannabis n'est disponible, bien que certains rapports nationaux (République tchèque, France et Luxembourg) décrivent une augmentation du nombre de patients souffrant de difficultés scolaires, sociales et psychologiques. Entre 2001 et 2002, la proportion des consommateurs quotidiens parmi les patients traités pour consommation de cannabis a augmenté, passant de 31,7 % à 39,2 % ⁽¹⁶⁶⁾; certains pays signalent que la proportion des consommateurs quotidiens est plus élevée chez les patients plus âgés (> 20 ans).

Le cannabis dans la population générale: de la consommation expérimentale à un usage quotidien

Comme il est décrit plus haut, bien que la consommation de cannabis ait nettement augmenté dans presque tous les pays au cours des années 90 et que le cannabis soit la drogue la plus consommée, la plus grande part de cette consommation reste occasionnelle ou de courte durée. Il est probable que ceux qui sont les plus exposés au risque de développer des troubles ou de devenir dépendant sont ceux qui consomment la drogue de manière intensive, mais c'est dans ce domaine que les sources d'informations sont les plus réduites, bien que l'on sache que les consommateurs récents (consommation au cours des 30 derniers jours) sont généralement des jeunes hommes vivant dans des zones urbaines.

La «consommation au cours des 30 derniers jours» est un indicateur de la consommation actuelle et comprend ceux qui consomment la drogue de manière intensive. Dans des

Graphique 31 — Proportion de «consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens» de cannabis parmi les adultes et les jeunes adultes dans certains pays de l'UE, mesurée par enquêtes de population nationales



NB: Consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens = consommation sur 20 jours ou plus au cours du mois précédent l'interview. Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays. Les tranches d'âge pour l'ensemble des adultes sont de 15 à 64 ans (44 ans en Italie) et de 15 à 34 ans pour les jeunes adultes. Les différences entre les tranches d'âge peuvent se traduire par de légères disparités entre les pays.
Sources: Rapports nationaux Reitox 2003, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également les tableaux épidémiologiques standard dans le bulletin statistique 2004.

⁽¹⁶⁵⁾ Voir le graphique 27 EL: Source de la demande de traitement pour l'ensemble des patients, 2000-2002.

⁽¹⁶⁶⁾ Voir le graphique 28 EL: Fréquence de consommation chez l'ensemble des patients consommateurs de cannabis et IDT_Tbl.8 dans le bulletin statistique 2004.

enquêtes récentes, si l'on exclut la Suède (0,1 %), 1 à 7 % de l'ensemble des adultes et 3 à 12 % des jeunes adultes déclarent avoir consommé cette drogue au cours des 30 derniers jours. Toutefois, on relève des différences entre les pays, et la consommation actuelle est plus fréquente en République tchèque, en Espagne, en France, en Irlande et au Royaume-Uni. Dans les pays où il est possible d'analyser les tendances de la consommation récente au cours du temps, on note une augmentation, quoique non spectaculaire.

Les données permettant d'examiner en détail la fréquence de la consommation du cannabis au cours des 30 derniers jours sont disponibles dans neuf pays — la Grèce, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, les Pays-Bas, le Portugal et la Finlande (données non présentées). À une exception près (la Lettonie), environ un quart (19 à 33 %) de ceux qui ont consommé du cannabis au cours du mois précédent l'ont fait à une fréquence quotidienne ou quasi quotidienne ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. Dans ces pays, les consommateurs quotidiens représentaient entre 0,5 et 2,3 % de la population totale ⁽¹⁶⁹⁾ et entre 0,9 et 3,7 % des jeunes adultes (15-34 ans) (graphique 31). La plupart (76 à 92 %) de ceux qui ont reconnu avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent étaient âgés de 15 à 34 ans et, par conséquent, les consommateurs quotidiens étaient également concentrés dans cette tranche d'âge. En outre, les consommateurs quotidiens sont majoritairement des hommes, bien que la proportion varie entre 62 % aux Pays-Bas et 92 % en Grèce.

À partir de ces données, il est possible d'établir une estimation approximative du nombre de personnes consommant du cannabis de façon intensive en Europe. En supposant qu'environ 1 % de la population consomme du cannabis quotidiennement, dans un pays de 25 millions d'habitants (âgés de 15 à 64 ans) on compterait 250 000 consommateurs quotidiens de cannabis. Dans l'ensemble de l'UE, avec une population totale de 302 millions d'habitants âgés de 15 à 64 ans, la prévalence serait d'environ 3 millions de consommateurs.

Même parmi les jeunes adultes, la consommation intensive de cannabis varie selon les cohortes d'âge, et elle est généralement plus élevée chez les tranches d'âge inférieures. Dans l'enquête espagnole en milieu scolaire portant sur l'année 2002, 3,6 % des lycéens de 14 à 18 ans déclaraient une consommation quotidienne ou quasi quotidienne (c'est-à-dire à l'extrémité supérieure de la fourchette déterminée chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans). En outre, dans l'enquête annuelle française portant sur les 17-19 ans (Escapade), la consommation quotidienne de cannabis au cours des 30 derniers jours était encore élevée, déclarée par 9,2 % des garçons et 3,3 % des filles (Beck et Legleye, 2003).

Les effets de la dépendance ou de l'abus du cannabis semblent moins graves que ceux des autres drogues. La plupart des consommateurs intensifs de cannabis semblent être des jeunes gens relativement bien intégrés, qui sont plus exposés au risque d'autres problèmes sociaux (accidents de la circulation, abandon de la scolarité ou perturbations familiales) qu'à celui de la délinquance, et les interventions devraient être appropriées et ne pas créer d'autres problèmes ou aboutir à l'exclusion.

Questions liées à la puissance et au dosage du cannabis

Des spéculations ont été émises sur l'éventualité qu'une augmentation de la puissance du cannabis soit en partie responsable de l'augmentation des troubles et, par conséquent, des admissions en traitement. La compréhension des questions liées à la puissance du cannabis, à la dose reçue par chaque consommateur et à son impact potentiel sur les troubles aigus et chroniques soulève un certain nombre de questions complexes. Pour analyser les faits scientifiques disponibles sur la puissance du cannabis, l'OEDT a mené une étude spécifique dont les principaux résultats peuvent être consultés dans l'encadré page 90.

La puissance du cannabis n'est qu'un facteur parmi d'autres dans le calcul de la dose qu'une personne recevra sur une période donnée (Hall et al., 2001). Le mode d'administration, la manière de fumer, la quantité de cannabis fumée au cours d'une séance et le nombre de séances effectuées par un individu sont tout aussi importants, voire plus, pour calculer son niveau d'exposition au risque. Le cannabis à haute puissance a toujours été disponible dans une certaine mesure, et les inquiétudes à ce sujet ne datent pas d'aujourd'hui. Il importe également de noter qu'il n'est pas clair de savoir si les consommateurs de cannabis modifient leur comportement afin d'atteindre l'effet désiré du dosage. C'est pourquoi des recherches s'avèrent encore nécessaires afin de déterminer jusqu'à quel point le cannabis à haute puissance nécessite forcément des doses élevées.

Répondre aux besoins de ceux qui souffrent de troubles liés au cannabis

Il est fondamental de comprendre les besoins de ceux qui sollicitent de l'aide pour des problèmes liés au cannabis afin de développer des solutions efficaces. L'analyse de la demande de traitement et des autres indicateurs suggère que les consommateurs de cannabis orientés vers un traitement, tout comme l'ensemble des consommateurs, constituent une population hétérogène, ayant donc des besoins hétérogènes. Cela indique qu'un large éventail de

⁽¹⁶⁷⁾ Dans cette partie, les informations se référeront à une «consommation sur 20 jours ou plus au cours des 30 derniers jours», exprimée également en tant que «consommation quotidienne ou quasi quotidienne». Le questionnaire modèle européen prévoit de recueillir le nombre exact de jours de consommation, mais pour le signalement des chiffres nationaux la fréquence de consommation a été regroupée en quatre catégories distinctes, la plus élevée étant «20 jours ou plus».

⁽¹⁶⁸⁾ Voir graphique 29 EL: Proportion d'utilisateurs quotidiens (ou quasi quotidiens) parmi les adultes (âgés de 15 à 64 ans) ayant utilisé le cannabis au cours du mois précédent.

⁽¹⁶⁹⁾ La proportion de «consommateurs au cours du mois précédent» multipliée par la proportion de «consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens», soit 6 % (prévalence au cours du mois précédent) × 25 % (proportion ayant consommé «20 fois ou plus») = 1,5 %.

La puissance du cannabis (source: OEDT, 2004c)

1. Les pays de l'UE se classent dans deux catégories distinctes selon le produit le plus fréquemment consommé entre l'herbe et la résine de cannabis. Sur les pays pour lesquels on dispose d'informations, la résine de cannabis était plus fréquente en Allemagne, en Irlande, au Portugal et au Royaume-Uni, tandis que le cannabis sous forme d'herbe est plus courant en Belgique, en République tchèque, en Estonie, aux Pays-Bas et en Autriche.
2. Il n'y a pas eu de tendance à la hausse à long terme de la puissance de l'herbe ou de la résine de cannabis importées en Europe. Dans tous les pays de l'UE, à l'exception possible des Pays-Bas, la plupart du cannabis consommé est importé, bien que l'on manque actuellement de données systématiques sur la disponibilité de l'herbe de cannabis produite localement.
3. La culture du cannabis en intérieur se pratique dans une certaine mesure dans l'ensemble des pays européens. Aux Pays-Bas, on estime que ce produit représente plus de la moitié du cannabis consommé mais, dans la plupart des pays, les produits importés représentent une part plus importante.
4. L'herbe de cannabis cultivée en intérieur à l'aide de méthodes intensives (par exemple des systèmes hydroponiques avec un éclairage artificiel, une reproduction par des boutures et le contrôle de la durée du jour) possède généralement une teneur en THC supérieure à la drogue importée. Bien que la fourchette de puissance de l'herbe de cannabis «maison» se recoupe avec celle du cannabis importé, la puissance moyenne du cannabis «maison» peut être deux à trois fois supérieure à celle du cannabis importé.
5. Les augmentations globales de puissance du cannabis signalées dans certains pays peuvent être presque entièrement attribuées à l'augmentation de la culture de cannabis «maison».
6. D'après les informations disponibles sur la part de marché des différents produits à base de cannabis, la puissance effective est restée relativement stable dans presque tous les pays pendant plusieurs années, à un niveau de 6 à 8 %. La seule exception est les Pays-Bas, où, en 2001, elle a atteint 16 %.
7. Aux Pays-Bas, la résine de cannabis produite localement a une teneur en THC particulièrement élevée, mais cette substance est encore peu courante dans ce pays et presque inconnue ailleurs.
8. Les déclarations émises dans les médias populaires selon lesquelles la puissance du cannabis a été multipliée par dix voire plus au cours des dernières décennies ne sont pas étayées par les données limitées provenant des États-Unis ou d'Europe. Les changements les plus marqués en termes de puissance ont été observés aux États-Unis, mais il faut savoir qu'avant 1980 la puissance antérieure du cannabis aux États-Unis était faible par rapport aux normes européennes.
9. La conclusion globale de cette étude est que quelques modifications minimales de la teneur en THC ont été observées dans certains pays et sont en grande partie dues à l'apparition relativement récente du cannabis de culture domestique au sein de l'UE. En outre, on peut noter que la teneur en THC des produits à base de cannabis est extrêmement variable. Il existe clairement un besoin d'information en vue de développer des systèmes de suivi qui puissent évaluer la part de marché des différents produits à base de cannabis et surveiller les modifications au cours du temps. Actuellement, ces informations sont largement inexistantes.
10. L'étude identifie un certain nombre de domaines importants qui méritent d'être abordés pour bien évaluer les questions liées à la puissance du cannabis. Ces domaines sont les suivants: le consensus concernant la nomenclature des produits à base de cannabis; l'amélioration du suivi des informations relatives au marché; l'amélioration des normes d'analyse de laboratoire; la collecte et la présentation de données au niveau européen; les études destinées à analyser la relation entre le fait de fumer, la puissance et les niveaux de THC/métabolite dans le sang en Europe, et la nécessité d'examiner dans quelle mesure le cannabis à forte puissance résulte en une exposition individuelle plus forte aux doses et quelle peut être la relation éventuelle avec des problèmes de santé. On note que les coûts et les bénéfices de l'apport de solutions différentes selon le type de produit à base de cannabis méritent d'être examinés.

réponses est nécessaire, allant des activités de prévention et de réduction des risques jusqu'au traitement proprement dit. On peut éventuellement douter de l'opportunité d'orienter les jeunes dont la consommation de cannabis n'est qu'occasionnelle vers les centres spécialisés dans la toxicomanie. La réponse à cette question dépend largement de la façon dont sont configurés les services et de la mesure dans laquelle les patients côtoient les usagers chroniques d'autres substances. Néanmoins, l'identification d'une

orientation appropriée pour ceux qui présentent des modèles de consommation du cannabis différents demeure une question importante qui mérite d'être approfondie.

En matière de prévention, rares sont les initiatives qui ont été conçues spécifiquement pour lutter contre l'augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes, étant donné que la prévention est rarement spécifique à une substance. Toutefois, certains États membres signalent des

évolutions dans ce domaine, en adoptant deux grandes stratégies: 1) en soulignant le risque que les jeunes consommateurs de cannabis soient impliqués dans des affaires relevant de la justice pénale; et 2) en tentant d'inverser la perception sociale de la consommation de cannabis en tant que comportement normatif par des campagnes médiatiques générales ou ciblées.

En Allemagne, en Grèce, en Irlande, en Finlande et au Royaume-Uni, on a introduit des mesures visant à réduire les conséquences psychosociales des premières infractions pour consommation de cannabis chez les adolescents. Un récent exemple (depuis 2000) en est le programme FRED en Allemagne, qui est maintenant opérationnel dans huit Länder et propose aux jeunes usagers de drogue une intervention précoce sur une courte durée, fondée sur le volontariat ⁽¹⁷⁰⁾. Au Royaume-Uni, les équipes d'aide aux jeunes délinquants travaillent de façon similaire. À la suite d'un changement dans la façon dont certains aspects de la consommation du cannabis étaient traités par le système de justice pénale et au reclassement de la drogue (qui passe de la catégorie B à la catégorie C), c'est la possession plutôt que la consommation de cannabis qui constitue l'infraction, la possession étant passible d'avertissement. Il existe un processus particulier permettant de donner officiellement des avertissements aux jeunes (c'est-à-dire à ceux âgés de moins de 18 ans). Le Royaume-Uni a également lancé une grande campagne médiatique pour réaffirmer la nature néfaste et illicite du cannabis.

Une autre initiative récente vise à amener la campagne de prévention dans les *coffee shops* (bars spécialisés), où de petites quantités de cannabis sont disponibles. Cette intervention prend la forme d'une formation et d'un manuel destiné aux propriétaires de *coffee shops*, afin de prévenir les problèmes liés à la drogue dans ces établissements. Le manuel fournit des informations sur le cannabis, la législation sur les stupéfiants, les troubles psychiatriques, les premiers secours ainsi que les compétences entrepreneuriales et éducatives. Aux Pays-Bas, il existe une tradition d'approches directes et personnalisées de la consommation du cannabis, comme l'atteste la Semaine du hashish et de la marijuana ⁽¹⁷¹⁾, lors de laquelle les grands consommateurs de cannabis tiennent des réunions de groupe pour débattre des conséquences de l'usage intensif de la drogue et des possibilités de modification des comportements.

Dans une certaine mesure, ces approches adoptent une démarche reposant à la fois sur la réduction des risques et sur la prévention. Toutefois, en dépit de la relation bien connue entre le fait de fumer et les problèmes respiratoires et malgré les inquiétudes croissantes concernant l'effet néfaste de la consommation intensive de cannabis sur la santé, les interventions visant à réduire les risques liés à la consommation de cannabis restent peu développées comparées à celles qui visent les consommateurs d'autres drogues.

Les possibilités de traitement disponibles pour ceux qui souffrent de troubles liés au cannabis se trouvent pour la plupart dans les centres de traitement proposant des soins aux toxicomanes usagers de drogue licites ou illicites ou présentant d'autres types de toxicomanies. Des services destinés aux consommateurs de cannabis sont signalés dans certains pays (Danemark, Allemagne, Grèce, France, Pays-Bas, Autriche, Suède et Norvège), mais, généralement, les soins spécialisés de ce type semblent extrêmement limités. Dans de nombreux pays, les services de traitement destinés aux usagers de cannabis à problème sont intégrés dans les centres généraux de traitement de la toxicomanie (Belgique, République tchèque, Danemark, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Slovénie et Norvège).

La plupart des personnes souffrant de troubles liés au cannabis sont traitées aux côtés des patients sous traitement pour consommation problématique d'autres drogues illicites, habituellement des opioïdes. Étant donné qu'un grand nombre de ces centres de traitement spécialisés dans la toxicomanie sont configurés pour répondre aux besoins d'une population souvent chaotique et marginalisée, on peut se demander s'ils sont adaptés à ceux qui ont des besoins moins urgents, comme la plupart des consommateurs de cannabis. Les services de traitement des États membres sont conscients de ces questions, et un certain nombre de pays, dans leurs rapports nationaux Reitox, ont observé qu'il pouvait être contre-productif et défavorable de mélanger les usagers de cannabis à problème avec les héroïnomanes ou les polytoxicomanes, et ont cité ce fait comme l'une des raisons pour laquelle les consommateurs de cannabis ne devraient pas être hospitalisés. Le rapport national autrichien suggère que les soins en hospitalisation, si nécessaire, devraient de préférence avoir lieu au sein d'un service de psychiatrie générale pour adolescents plutôt que dans une unité spécialisée dans la toxicomanie. Parmi les récentes innovations signalées par les États membres pour répondre aux besoins des consommateurs de cannabis, on peut citer un «manuel de traitement cognitif» pour les consommateurs chroniques de cannabis, produit en Suède, un site internet d'autoassistance créé aux Pays-Bas et concernant la consommation problématique de cannabis, ainsi que l'introduction du traitement par acupuncture en Finlande.

Conclusions

Cette analyse a pour objectif de placer dans un contexte analytique élargi l'augmentation des demandes de traitement pour le cannabis qui a été observée. Ce faisant, il apparaît que beaucoup de questions importantes, qui sont fondamentales pour un débat politique en toute connaissance de cause sur ce sujet controversé, restent sans réponse. Il est également manifeste que les faits probants dont on dispose ne justifient pas d'adopter une attitude alarmiste, mais qu'il n'y a pas non plus là matière à satisfaction.

⁽¹⁷⁰⁾ Des informations complémentaires sur ce programme et d'autres programmes de prévention sont disponibles à partir de la base de données EDDRA de l'OEDT (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

⁽¹⁷¹⁾ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

Les personnes souffrant de troubles liés au cannabis constituent une proportion non négligeable des demandes de traitement dans les centres spécialisés de certains pays, et forment une sous-catégorie importante au sein de l'ensemble de la population sous traitement. La plupart sont des jeunes hommes, généralement âgés d'une vingtaine d'années, et la plupart ont commencé à consommer la drogue à l'âge de 16 ou 17 ans.

Les patients pour usage de cannabis présentent des modèles de consommation différents de ceux qui consomment d'autres substances; et il existe en outre des disparités importantes parmi les patients traités pour usage de cannabis. Le profil des différentes sous-catégories d'usagers de cannabis sous traitement est susceptible d'être directement lié à la compréhension de leurs besoins, et ainsi à l'apport de solutions appropriées. Les facteurs importants sont la fréquence de consommation, la consommation actuelle et antérieure d'autres drogues et la source de la demande de traitement. À partir de la synthèse des rapports nationaux et des données IDT, on peut nettement discerner deux grands profils de patients:

- les jeunes consommateurs, souvent élèves ou étudiants, orientés vers les services de traitement par leur famille ou leur établissement scolaire et consommant du cannabis seul ou parfois en association avec de l'alcool ou des stimulants;
- les polytoxicomanes, qui sont habituellement plus âgés et moins intégrés socialement, orientés vers le traitement le plus souvent par la justice ou par des services sanitaires et sociaux, et se recoupant avec la population des toxicomanes chroniques.

En outre, certains éléments démontrent qu'il existe un autre groupe orienté vers le traitement par les autorités judiciaires et qui ne consomme pas d'autres drogues, et semble être uniquement composé de consommateurs occasionnels de cannabis.

En tenant compte de l'évolution au cours du temps des caractéristiques des demandes de traitement pour le cannabis en tant que drogue primaire, les informations disponibles indiquent:

- une augmentation du nombre de patients orientés vers le traitement par le système de justice pénale dans certains pays;
- une augmentation des demandes de traitement émanant de la famille et d'autres réseaux de soutien social (famille, amis, services sociaux, établissement scolaire);
- une augmentation de la part de la consommation intensive (quotidienne) de cannabis, bien que les consommateurs quotidiens restent minoritaires;
- une augmentation du niveau de difficultés sociales et éducatives dans certains pays, même si les données sont limitées à ce sujet.

Vu l'augmentation des demandes de traitement, il apparaît que les changements dans la pratique de l'orientation en traitement ont une influence et il semble qu'une proportion importante de ceux qui sont orientés vers un traitement ne soient pas des consommateurs de drogue intensifs. Néanmoins, dans certains pays du moins, un nombre important de demandes de traitement provient de personnes dont la consommation de cannabis est intensive. Les problèmes rencontrés par ce groupe restent mal compris et il est urgent d'entreprendre des recherches dans ce domaine. L'observation selon laquelle la majorité des demandes de traitement émanant de personnes très jeunes concernent le cannabis suggère la nécessité d'une prise en compte spécifique des besoins, des voies d'orientation et des solutions à apporter à ce groupe.

Il est également important de reconnaître que la demande de traitement n'est pas un indicateur direct de l'ampleur et de la nature des troubles liés au cannabis. Les données d'enquête en population générale indiquent que par rapport à la consommation occasionnelle, la consommation intensive de cannabis est relativement rare. Toutefois, l'usage très répandu du cannabis signifie qu'un nombre considérable de personnes peuvent consommer cette drogue de manière intensive — au moins pendant une période de leur vie.

D'après les estimations, la consommation intensive concernerait entre 0,5 et 2 % de la population adulte et entre 1 et 3 % des jeunes adultes. La prévalence chez les jeunes hommes est probablement beaucoup plus élevée. Il est difficile d'établir, à partir des faits probants provenant des enquêtes, une vue d'ensemble du nombre de consommateurs connaissant des problèmes liés au cannabis ou entrant dans la dépendance à cette drogue. Bien que les effets de la dépendance ou de l'abus de cannabis soient moins graves que ceux des autres drogues, ils peuvent toutefois avoir un impact considérable en termes de santé publique en raison de l'ampleur de la consommation et du fait qu'un grand nombre de ceux qui sont le plus touchés sont jeunes et peuvent consommer la drogue de façon intensive à un stade important de leur développement ou lorsqu'ils sont particulièrement vulnérables. Au sein des familles ou des communautés défavorisées, la dépendance ou l'abus de cannabis peut aggraver les difficultés de l'usager par un effet négatif sur les possibilités d'études ou d'emploi.

En résumé, on note encore un besoin crucial d'entreprendre des recherches afin de parvenir à une compréhension de la relation entre les différents modèles de consommation du cannabis et le développement de troubles. On ne comprend pas encore bien dans quelle mesure les consommateurs de cannabis rencontrent des problèmes et la nature de ces troubles éventuels. Des outils méthodologiques sont nécessaires pour évaluer les problèmes au niveau de la population. Ces informations sont un préalable au développement, au ciblage et à la mise en œuvre de réponses efficaces en termes de santé publique face à la consommation de cannabis en Europe.



Question particulière n° 3

Comorbidité

Introduction

La cooccurrence d'une maladie psychiatrique et de troubles dus à l'usage de substances, communément appelée comorbidité ou double diagnostic, n'est pas un phénomène nouveau. Toutefois, ces dernières années, cette question a gagné du terrain dans le débat politique et professionnel et il est devenu manifeste qu'un grand nombre de personnes, probablement en augmentation, sont touchées par ce phénomène. Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur la coexistence des troubles psychiatriques et de la personnalité avec la consommation de drogues illicites. En fait, il est souvent approprié de parler de multimorbidité, étant donné que les individus touchés souffrent souvent également de maladies somatiques, par exemple de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le virus de l'hépatite C, et connaissent des difficultés sociales, tels que des problèmes familiaux, le chômage, l'incarcération ou l'absence de domicile fixe. Les services de soins et de traitement sont généralement mal équipés pour gérer le diagnostic et les besoins de cette catégorie de patients en matière de traitement, et n'en tiennent pas compte et/ou sont incapables de faire face à l'ensemble des problèmes des patients. Il en résulte souvent une situation de «chassé-croisé» dans laquelle les personnes qui ont un grand besoin de traitement sont orientées de service en service pendant que leur situation se détériore de plus en plus.

Il convient de noter que la relation particulière existant entre l'usage du cannabis et les troubles psychiatriques est analysée de manière plus approfondie dans la question particulière concernant le cannabis (p. 82).

Définition

La comorbidité, ou double diagnostic, est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la «cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique» (OMS, 1995). Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), une personne ayant un double diagnostic est une «personne qui a été diagnostiquée comme présentant un abus d'alcool ou de drogue en plus d'un autre diagnostic, habituellement de nature psychiatrique, par exemple un trouble de l'humeur, une schizophrénie» (ONUDC, 2000). En d'autres termes, la comorbidité dans ce contexte fait référence à la coexistence

temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité, dont l'un est la consommation problématique de drogue.

Étiologie

La tentative de détermination de l'étiologie de la comorbidité aboutit à la question de savoir qui de la poule ou de l'œuf est venu en premier. Les recherches existantes sur les relations causales entre les troubles psychiatriques et ceux qui sont dus à des substances ne sont pas concluantes. Les symptômes des troubles mentaux et les problèmes de toxicomanie interagissent et s'influencent mutuellement.

D'après les recherches, les troubles psychiatriques et de la personnalité surviennent habituellement avant les troubles dus à la consommation de substances, c'est-à-dire qu'ils augmentent la prédisposition des sujets à ces problèmes (par exemple, Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003); toutefois, les troubles psychiatriques peuvent également être aggravés par la consommation de drogue (par exemple dans le cas de la dépression: McIntosh et Ritson, 2001) ou survenir en parallèle.

La consommation de drogue peut également être perçue comme une composante ou un symptôme d'un trouble psychiatrique ou de la personnalité et comme une tentative d'automédication (par exemple, Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Le fait que la consommation de substances atténue les symptômes de détresse encourage le développement d'une toxicomanie. Une fois que la consommation de drogue est interrompue, par exemple lors d'un sevrage ou d'un traitement de substitution, les symptômes peuvent réapparaître. Les psychoses aiguës d'origine médicamenteuse surviennent particulièrement chez les consommateurs de cocaïne, d'amphétamines et d'hallucinogènes et s'atténuent en général relativement rapidement. Toutefois, il peut être très difficile de faire la distinction entre les symptômes dus à une intoxication causée par une drogue et les épisodes psychotiques qui ne sont pas en rapport.

Krausz (1996) propose quatre catégories de double diagnostic:

- un premier diagnostic de maladie mentale avec un (double) diagnostic ultérieur d'abus de substance ayant un effet néfaste sur la santé mentale;

- un premier diagnostic de dépendance à une drogue avec des complications psychiatriques menant à une maladie mentale;
- des diagnostics concomitants d'abus de substance et de troubles psychiatriques;
- un double diagnostic d'abus de substance et de troubles de l'humeur qui résultent tous deux d'une expérience traumatique sous-jacente, par exemple une névrose posttraumatique.

De même, le rapport national suédois établit une distinction entre les patients psychiatriques souffrant de comorbidité et les patients dépendants d'une drogue souffrant de troubles de la personnalité aggravés par l'usage de drogue et qui ne sont pas toujours bien diagnostiqués.

Morel (1999) distingue d'une part les troubles psychiatriques non spécifiques observés chez les toxicomanes, et d'autre part les complications spécifiquement liées à la consommation de drogue. Les troubles souvent retrouvés chez les usagers de drogue sont les suivants:

- troubles de l'anxiété/dépression;
- troubles du sommeil résultant de dépression, de troubles de l'anxiété ou de psychose;
- comportement agressif et violent, indiquant des troubles de la personnalité de type asocial, psychopathe, schizoïde ou paranoïaque.

Les problèmes spécifiquement liés à la consommation de drogue comprennent:

- des pharmaco-psychoses provoquées par des drogues hallucinogènes ou des amphétamines;
- des syndromes de confusion.

De récentes études neuropsychologiques et neurobiologiques et le progrès des techniques de visualisation des processus cérébraux ont permis d'émettre des hypothèses sur les interactions entre le trauma mental et physique, le développement cérébral, les effets de la drogue, le stress et le développement mental. Le système de récompense est essentiel dans le développement de la toxicomanie, et celle-ci est liée à des changements structurels et à l'adaptation du cerveau aux niveaux micro et macro (Nestler, 2001).

D'autres théories associent des drogues particulières à des troubles mentaux spécifiques. Par exemple, on a postulé que l'héroïne pouvait réduire le stress, soulager la douleur et supprimer le ton menaçant chez les patients schizoïdes et à la limite de la schizophrénie; toutefois, les patients souffrant de maladies mentales graves ne consomment pas d'héroïne. On a émis l'hypothèse que la cocaïne pouvait atténuer les états dépressifs, entraîner une désinhibition du comportement et permettre aux personnalités narcissiques

d'exprimer de la grandiloquence. Le cannabis pourrait soulager les tensions et l'ecstasy atténuer les inhibitions sociales (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Le rapport national irlandais 2002 examinait particulièrement la dépression chez les usagers de drogue, en se fondant sur les résultats de plusieurs études; or, il a conclu qu'il existait une relation étroite entre la consommation problématique de drogue, en particulier l'usage des opiacés et des benzodiazépines, et un fort taux de dépression. Les Allemands ont effectué des recherches au niveau de la relation entre les troubles engendrés par ces substances, la dépression et le suicide et en ont conclu que le risque de suicide est fortement augmenté chez ceux qui souffrent d'un trouble dépressif (Bronisch et Wittchen, 1998). Il est possible que certaines personnes souffrant de dépression aient recours à l'automédication par les opiacés et les benzodiazépines: les patients participant aux programmes de traitement présentent des taux de dépression inférieurs à ceux des patients des services à bas seuil (Rooney et al., 1999) ou en début de traitement (McIntosh et Ritson, 2001).

Une enquête menée en Norvège ($n = 2\ 359$) a révélé qu'une forte proportion d'usagers de drogue avaient connu de graves difficultés familiales pendant leur enfance et leur adolescence. Soixante-dix pour cent d'entre eux avaient eu des problèmes d'apprentissage et de comportement à l'école, 38 % avaient subi des brimades et 21 % avaient subi un traitement psychiatrique pendant leur enfance et leur adolescence (Lauritzen et al., 1997). Les consommatrices de drogue présentant une comorbidité psychiatrique ont souvent été victimes d'abus sexuels traumatiques (Beutel, 1999, par exemple).

Diagnostic

L'évaluation de routine des troubles psychiatriques et de la personnalité ne fait pas toujours partie des procédures normalisées de diagnostic effectuées au début du traitement dans les services de toxicomanie. Sauf dans quelques services particulièrement informés et/ou spécialisés, les symptômes et les troubles mentaux sont rarement analysés dans les services de traitement de la toxicomanie.

Dans tous les cas, il est reconnu que la comorbidité est difficile à diagnostiquer. La toxicomanie et le comportement perturbateur qu'elle provoque dominant souvent le tableau clinique et masquent les symptômes psychiatriques. En outre, l'abus de substances peut provoquer des symptômes psychiatriques que l'on distingue difficilement de ceux des troubles psychiatriques (Berthel, 2003), tandis que l'état de manque ou l'intoxication aiguë peut également imiter presque tous ces troubles (Liappas, 2001). Par ailleurs, la dépression et l'anxiété peuvent être considérées comme des symptômes inhérents au cycle intoxication/état de

manque; les symptômes qui étaient atténués par les drogues se manifestent au cours du traitement d'abstinence ou de substitution.

Les progrès méthodologiques ont également amélioré le diagnostic des troubles psychiatriques, comme celui des troubles dus à la toxicomanie. On dispose aujourd'hui d'un large éventail d'instruments normalisés et validés pour mesurer les symptômes psychiatriques et les troubles de la personnalité, et également de divers instruments pour évaluer le niveau des modèles de consommation de drogue et de toxicomanie. L'Addiction Severity Index (ASI) (indice de gravité d'une toxicomanie, IGT dans son adaptation française) est un instrument polyvalent qui peut être utilisé pour le diagnostic, la planification du traitement et le suivi, ainsi que les travaux de recherche. L'ASI a l'avantage d'être multidimensionnel, mesurant les problèmes antérieurs et actuels dans sept domaines: l'état de santé, l'emploi et les ressources propres, la consommation d'alcool, la consommation de drogue, la situation légale, les relations familiales et sociales et les symptômes psychiatriques (Krausz, 1999a; Öjehagen et Schaar, 2003). Il est normalisé et a été traduit de l'anglais dans la plupart des autres langues européennes (EuroAsi) ⁽¹⁷²⁾. L'institut Trimbos a développé et testé des protocoles pour le diagnostic et le traitement des toxicomanes présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (ADHD) (Eland et Van de Grint, 2001).

Prévalence

De nombreuses études ont été menées pour mesurer la prévalence des troubles psychiatriques et de la personnalité et les modèles de consommation de drogue dans la population générale ainsi que chez les patients en psychiatrie et les usagers de drogue au sein des services de traitement et à l'extérieur. Les résultats, à la fois en termes de chiffres et de diagnostics, varient considérablement selon la disponibilité et la sélection de la population, les méthodes d'échantillonnage, les qualifications et les compétences en matière de diagnostic, la validité et la fiabilité des instruments de diagnostic utilisés et la période d'étude.

Dans une revue des différentes études, Uchtenhagen et Zeiglgänsberger (2000) ont conclu que le diagnostic psychiatrique le plus fréquent chez les usagers de drogue était le trouble de la personnalité, affectant entre 50 et 90 % d'entre eux, devant le trouble de l'humeur (20 à 60 %) et les troubles psychotiques (20 %). Entre 10 et 50 % des patients présentent plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité en comorbidité.

Dans une revue d'études internationales portant sur la psychopathologie des sujets pharmacodépendants, Fridell (1991, 1996) a décrit un tableau clinique de comorbidité en toxicomanie qui a été confirmé par ses propres études à Lund, en Suède. Trois grands groupes de troubles ont pu

être identifiés: les troubles de la personnalité (65 à 85 %), la dépression et les états d'anxiété (30 à 50 %) et les psychoses (15 %). Verheul (2001), dans sa synthèse de six études portant sur des toxicomanes sous traitement, a révélé que les troubles du comportement (23 %), borderline (état limite) (18 %) et paranoïaque (10 %) étaient particulièrement prévalents.

Beaucoup de professionnels de la toxicomanie pensent que la prévalence de la dépendance à la drogue associée aux troubles mentaux est en augmentation, bien que certains arguent que ce fait est dû à une plus grande connaissance de ce sujet et/ou à des évolutions en matière de diagnostic et de classement des maladies psychiatriques, et/ou encore à la restructuration des systèmes de soins de santé. En Finlande, selon le registre hospitalier des sorties, le nombre de périodes de traitement concernant des troubles mentaux simultanés liés à la drogue et sans rapport avec les substances a augmenté, passant de 441 en 1987 à 2 130 en 2001. Les périodes de traitement pour consommation d'opiacés associée à des troubles psychiatriques ont triplé depuis 1996. Cette augmentation correspond à celle de la consommation de drogue, bien qu'aucune causalité directe ne soit suggérée. En Irlande, le nombre de premières admissions d'usagers de drogue dans des services d'hospitalisation psychiatrique a presque été multiplié par quatre entre 1990 et 2001.

Le rapport national espagnol note que l'augmentation de la comorbidité qui a été observée est peut-être due en partie à une augmentation de la dépendance aux psychostimulants.

Prévalence de la comorbidité dans les lieux de traitement

Le tableau 7 décrit quelques études de comorbidité dans différents lieux de traitement de la toxicomanie et de soins psychiatriques dans les États membres, telles qu'elles sont présentées dans les rapports nationaux. Les données concernant les troubles dus aux drogues dans les centres psychiatriques ne sont pas aussi disponibles que les données sur les troubles psychiatriques dans les lieux de traitement de la toxicomanie. Bien que les études présentées dans cette revue ne soient pas comparables, elles donnent une indication de la situation dans les pays de l'EU. Il existe des différences considérables dans les populations étudiées, les critères de diagnostic sélectionnés, les instruments utilisés et la date du diagnostic. Pour les raisons évoquées ci-dessus, le sous-diagnostic peut se produire dans de nombreux cas.

Une étude comparative menée en Grèce et en France a conclu que même si les taux globaux de psychopathologie chez les usagers d'opiacés sous traitement étaient assez similaires dans les deux pays, les types psychopathologiques variaient: la prévalence des troubles de l'humeur était plus élevée chez les usagers de drogue

⁽¹⁷²⁾ Voir la banque de données de l'OEDT sur les instruments d'évaluation: Evaluation Instrument Bank (<http://eib.emcdda.eu.int/>).

Tableau 7 — Prévalence de la comorbidité dans les lieux de traitement de divers pays de l'UE

Pays	Lieu de traitement	Population	N	Prévalence de la comorbidité (%)	Diagnostics	Source
Belgique	Hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques dans hôpitaux généraux	Admissions pour toxicomanie (1996-1999)	18 920	86	Schizoïde, paranoïaque, schizotypique: 86 % Dépression: 50 % Troubles de la personnalité: 43 %	Base de données d'informations psychiatriques minimales (!)
République tchèque	Communautés thérapeutiques	Patients en hébergement (2001-02)	200	35	Troubles de la personnalité: 14 % Dépression: 7 % Troubles névrotiques: 6 % Troubles de l'alimentation: 5 %	Rapport national tchèque (!)
Allemagne	Centres de traitement	Opiomanes	272	55	Troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes: 43 % Troubles de l'humeur: 32 % Phobies: 32 % Épisodes dépressifs: 16 %	Krausz (1999, b) (!)
Grèce	Prison et services de traitement	Hommes opiomanes	176	86	Angoisse: 32 % Troubles de l'humeur: 25 % Schizophrénie: 6 %	Kokkevi et Stefanis (1995) (!)
Espagne	Service de traitement par la méthadone	Opiomanes	150	n.c.	État limite: 7 % Troubles du comportement: 6 % Phobie sociale: 6 % Dépression: 5 %	Rapport national espagnol (!)
France	Service de traitement par la méthadone	Opiomanes	3 936	n.c.	Angoisse: 4 % Dépression: 3 % Troubles du comportement: 3 % Troubles de l'alimentation: 2 %	Facy (1999) (!)
Irlande	Services d'hospitalisation psychiatrique intensifs	Premières admissions sur diagnostic de toxicomanie (1996-2001)	1 874	26	Dépression: 21 % Schizophrénie et autres psychoses: 11 % Trouble de la personnalité: 19 %	Système de signalement national d'hospitalisations psychiatriques (!)
Italie	Services de santé mentale	Usagers de drogue chroniques	58	> 22	Troubles de l'humeur: 22 % Angoisse: 21 % Schizophrénie: 16 %	Silicini et al. (2002) (!)
Luxembourg	Services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie	Patients ayant eu des contacts antérieurs avec les services psychiatriques, à l'exclusion de la désintoxication (1996-2002)	380	32	n.c.	AST/RELIS (2002) (!)
Pays-Bas	Population néerlandaise	Toxicomanes âgés de 18 à 64 ans (1996)	n.c.	n.c.	Dépression: 29 % Phobie sociale: 29 % Trouble bipolaire: 24 % Dysthymie: 22 %	Ravelli et al. (1998) (!)
Autriche	Différents services de traitement (revue)	Patients toxicomanes	n.c.	41-96	Troubles de la personnalité, troubles du comportement, borderline, narcissisme	Rapport national autrichien (!)
Portugal	Centre de traitement CAT de Xabregas	Patients toxicomanes	596	> 73	Troubles obsessionnels compulsifs: 73 % Dépression: 72 % Somatisation: 60 % Idéation paranoïaque: 58 %	Rapport national portugais (!)
Finlande	Hôpitaux	Périodes de traitement en hôpital liées à la drogue	2 189	29	Idéation paranoïde: 58 % Troubles psychotiques: 32 % Troubles de l'humeur: 28 % Troubles névrotiques: 10 % Troubles de la personnalité: 29 %	Registre hospitalier de sortie des patients
Suède	Hôpital universitaire, Lund	Patients en service de désintoxication (1977-1995)	1 052	83	Troubles du comportement: 23 % Toutes psychoses: 14 % Trouble dépressif: 11 %	Fridell (1996) (!)
Royaume-Uni	Services de traitement de la toxicomanie en communauté et en hébergement	Patients toxicomanes, 90 % d'opiomanes	1 075	> 33	Psychose Angoisse Dépression Paranoïa	Marsden et al. (2000) (!)

(!) Pour plus de détails sur cette étude, consulter la version en ligne du rapport annuel dans le tableau 12 EL: Tableaux sur la comorbidité par pays.

NB: Les données dans ce tableau se réfèrent à différentes périodes de temps (par exemple diagnostics sur la durée totale de la vie ou sur la dernière année).
n.c.: données non communiquées (non disponibles).

français que chez les toxicomanes grecs (19 % contre 7 %), tandis que les types de personnalité antisociale étaient plus prévalents dans l'échantillon grec (20 % contre 7 %). Les auteurs ont attribué ces différences à la prévalence plus faible de la consommation de drogue en Grèce: «Plus le comportement socialement inacceptable est limité dans son étendue, plus les personnes socialement déviantes risquent d'y participer» (Kokkevi et Facy, 1995).

Une étude norvégienne a examiné les différences hommes/femmes entre des polytoxicomanes (dont 85 % étaient des consommateurs d'héroïne) et des alcooliques purs. L'échantillon comprenait une très forte proportion de sujets présentant des troubles psychiatriques et de la personnalité (93 %). Globalement, les femmes affichaient un niveau beaucoup plus élevé de dépression majeure, de phobie simple et de troubles de la personnalité borderline que les hommes. La cooccurrence d'un trouble du comportement était la plus élevée chez les hommes polytoxicomanes (Landheim et al., 2003).

Prévalence — prisons et traitement obligatoire

La population carcérale mérite une attention particulière. La prévalence des troubles psychiatriques, comme celle de la consommation de drogue, est beaucoup plus élevée parmi la population carcérale que dans l'ensemble de la population. D'après les données de l'Irlande, 48 % des détenus et 75 % des détenues souffrent de perturbations mentales, tandis que 72 % des hommes et 83 % des femmes incarcérés déclarent avoir déjà consommé de la drogue au cours de leur vie (Hannon et al., 2000). En 1999, 23 % des usagers de drogue à problème détenus dans le centre de détention de la police de Vienne souffraient de troubles psychiatriques (Dialog, 2000). Le taux de rechute chez les usagers de drogue ayant purgé des peines de prison est élevé, et on reconnaît de plus en plus que l'incarcération peut contribuer à une aggravation des problèmes de santé mentale. La situation est encore plus dramatique dans les prisons de longue durée et de haute sécurité.

En Suède, on a découvert que 72 à 84 % des adultes sous traitement obligatoire de la toxicomanie souffraient de troubles psychiatriques outre l'abus de substances (Gerdner, 2004). Sur 46 jeunes filles toxicomanes recevant des soins obligatoires destinés aux enfants et aux jeunes, les deux tiers présentaient un diagnostic psychiatrique ou des troubles de la personnalité (Jansson et Fridell, 2003).

Obstacles au traitement de la comorbidité

L'un des principaux obstacles au diagnostic et au traitement de la comorbidité est le fait que le personnel psychiatrique possède généralement peu de connaissances sur le traitement de la toxicomanie et que le personnel de traitement des toxicomanes connaît généralement peu la psychiatrie. Les paradigmes des deux spécialités sont très différents: l'un est fondé sur les disciplines de la médecine

et de la science, et l'autre sur des méthodes et des théories psychosociales. En outre, habituellement, la philosophie des services de santé mentale se préoccupe principalement de préserver la sécurité des personnes et du public, tandis que les services destinés aux toxicomanes attendent des patients un minimum de motivation pour participer au traitement. Ces points de départ différents font souvent obstacle à une perception globale et intégrée.

Comme il a été discuté ci-dessus, régulièrement, un grand nombre de patients présentant une comorbidité ne sont pas identifiés comme tels, ni par les services psychiatriques, ni par les équipes chargées de la toxicomanie. Lorsque les patients présentant un double diagnostic sont admis en traitement, leurs syndromes psychiatriques aigus sont souvent pris pour des symptômes provoqués par la drogue, ou inversement, les phénomènes de manque ou d'intoxication sont souvent mal interprétés et confondus avec une maladie psychiatrique. Trop souvent, le personnel de santé mentale est enclin à envoyer les personnes présentant une comorbidité en soins de toxicomanie et le personnel de traitement de la toxicomanie à les envoyer en soins de santé mentale — ou vice versa. La continuité des soins est impossible dans ces conditions. Même lorsque la comorbidité est diagnostiquée, souvent, elle n'est plus prise en compte dans les interventions de traitement ultérieures (Krausz et al., 1999). Il en est de même des patients présentant un diagnostic de toxicomanie dans une unité de soins psychiatriques, qui ne reçoivent pas, habituellement, d'interventions liées à l'abus de drogue (Weaver et al., 2003). Toutefois, ces généralisations n'empêchent pas que certains services psychiatriques et de toxicomanie obtiennent de très bons résultats avec les patients présentant une comorbidité.

Par ailleurs, lorsqu'ils sont identifiés, les usagers de drogue sont souvent reçus avec suspicion par les services psychiatriques, qui refusent parfois leur admission, comme cela peut survenir pour des usagers sous traitement de substitution dont l'état est stationnaire. En Espagne, par exemple, la plupart des services psychiatriques excluent les patients présentant des troubles liés à la toxicomanie et leur personnel ne possède pas de formation adéquate. Une étude auprès de psychothérapeutes autrichiens a révélé que seuls quelques-uns sont disposés à s'occuper de patients toxicomanes (Springer, 2003). D'après les rapports italiens, il n'existe pas de règles bien définies concernant l'orientation des patients des services de traitement de la toxicomanie vers les services de santé mentale, et on note des réticences au niveau des services de santé mentale en raison du manque d'expertise dans ce domaine. En Norvège, on signale qu'il est difficile d'envoyer en traitement psychiatrique un patient issu des services à bas seuil destinés aux toxicomanes.

En Grèce, 54 % des programmes de traitement de la toxicomanie n'admettent pas d'usagers de drogue présentant des troubles psychiatriques. Dans le cadre d'un traitement de sevrage avec hébergement en Slovaquie, et également dans d'autres pays, les programmes de

traitement exigent le sevrage du patient comme condition préalable à l'admission. Dans le cas de patients présentant un double diagnostic, cela présente un sérieux obstacle, étant donné que l'abstinence complète nécessiterait l'arrêt des autres traitements, ce qui n'est pas toujours possible.

Structures de traitement

La littérature internationale décrit trois modèles de service pour le traitement de la comorbidité:

- 1) *Le traitement séquentiel ou sériel.* Les troubles psychiatriques et dus à des drogues sont traités de manière consécutive et il y a peu de communication entre les services. Généralement, les patients reçoivent d'abord un traitement pour les troubles les plus graves, puis, une fois ce traitement achevé, ils sont traités pour les autres troubles. Cependant, ce modèle peut également mener à une «valse» des patients entre les différents services, dont aucun n'est en mesure de répondre à leurs besoins.
- 2) *Le traitement parallèle.* Le traitement de deux troubles différents est entrepris en même temps; il existe une collaboration entre les services chargés de la toxicomanie et ceux de santé mentale pour fournir les services de façon concomitante. Les deux types de besoin de traitement sont souvent satisfaits par le biais de démarches thérapeutiques différentes, et le modèle médical de la psychiatrie peut entrer en conflit avec l'orientation psychosociale des services chargés de la toxicomanie.
- 3) *Le traitement intégré.* Le traitement est dispensé au sein d'un service psychiatrique ou de toxicomanie, ou encore dans le cadre d'un programme ou d'un service spécialisé dans la comorbidité. La réorientation du patient vers d'autres organismes est évitée. Les traitements comprennent des interventions sur la motivation et le comportement, la prévention des rechutes, la pharmacothérapie et les approches sociales (Abdulrahim, 2001).

La réalité de la comorbidité dans l'UE, telle qu'elle est décrite dans les rapports nationaux, n'est pas facile à classer dans ces trois groupes. Le traitement intégré est considéré comme le modèle par excellence, mais c'est une norme difficile à atteindre. Les recherches sur ce thème proviennent généralement de pays non européens. Le projet national australien sur la comorbidité [Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003 (ministère de la santé et des personnes âgées)] a conclu, d'après une revue, que les approches de la gestion et des soins aux patients présentant une comorbidité n'avaient pas été étudiées de façon systématique, ni évaluées rigoureusement, en partie à cause de la difficulté d'étudier les personnes chez lesquelles coexistent une maladie mentale et un trouble dû à un abus de substances, en raison, entre autres facteurs, de leur mode de vie irrégulier. Une autre revue a conclu que les faits tendent à prouver que le traitement intégré pour les personnes présentant un double diagnostic est bénéfique à

la fois pour la santé mentale et en termes d'impact sur la consommation de drogue (Drake et al., 1998). Seule une étude a comparé les démarches intégrées et le traitement parallèle, sans trouver de différence significative, et aucune étude n'a comparé les approches intégrées et séquentielles.

Traitement séquentiel

Certains experts, par exemple au Danemark (Andreason, 2002), au Royaume-Uni (Department of Health, 2002a) et en Norvège (Sosial- og helsedepartementet, 1999), estiment que les services de traitement, du moins pour les personnes souffrant de maladie mentale grave associée à une toxicomanie, devraient se trouver en milieu psychiatrique, éventuellement avec la participation de thérapeutes extérieurs spécialisés dans la toxicomanie. Au Danemark, des passerelles ont été officiellement créées entre les hôpitaux psychiatriques et les services locaux chargés de la toxicomanie. Au Luxembourg et en Norvège, des mesures spécifiques ont été engagées par les services psychiatriques à l'intention des sujets présentant un début de schizophrénie, dont un grand nombre présentent un grave problème de toxicomanie, car les recherches indiquent qu'un traitement précoce améliore le pronostic.

Le rapport national tchèque suggère que la toxicomanie devrait généralement être considérée comme un problème plus urgent que les troubles mentaux, car il est plus difficile de traiter les troubles psychiatriques lorsque la toxicomanie fausse le tableau clinique. Toutefois, actuellement, 10 à 20 % des patients tchèques sous traitement de la toxicomanie prennent des médicaments prescrits par un psychiatre, ce qui aurait été inimaginable il y a quelques années. En Grèce, également, la prescription de médicaments pour des symptômes psychiatriques est extrêmement rare pour les patients sous traitement de la toxicomanie. Toutefois, dans le système de justice pénale grec, les troubles mentaux sont considérés comme prioritaires par rapport à la toxicomanie et les délinquants présentant une comorbidité sont admis en hôpital psychiatrique soit en milieu carcéral, soit dans la communauté (K. Matsa, communication personnelle, 2004). En Espagne, les usagers de drogue sont normalement pris en charge au sein du système de traitement de la toxicomanie et les orientations vers des services psychiatriques ne sont décidées que lorsque la gravité des troubles nécessite une hospitalisation.

Certains professionnels ont longtemps considéré que toute pharmacothérapie devait être évitée pour les toxicomanes en raison du risque de dépendance associée, par exemple à l'héroïne et aux benzodiazépines, mais cette opinion commence à être remise en cause (par exemple Popov, 2003). Dans certains cas, on a tendance à prescrire des médicaments psychopharmacologiques à tous les usagers de drogue sans distinction, en partie en raison du manque de temps pour mener les recherches nécessaires. Le rapport national autrichien souligne que le faible taux d'observance chez les usagers de drogue rend le traitement pharmacologique de l'état psychiatrique difficile et, en

Tableau 8 — Services de traitement intégré dans diverses villes européennes

Pays	Services de traitement intégré
Belgique	Développement de services intégrés en phase de faisabilité.
Allemagne	Les premières initiatives remontent à 20 ans. La disponibilité du traitement intégré est encore insuffisante.
Grèce	Un programme intégré lancé en 1995 offre deux options de traitement différentes, selon la gravité du trouble psychiatrique. Les résultats ont été positifs.
Espagne	185 centres se sont occupés de 4 803 patients présentant une comorbidité en 2002. Une unité intégrée spécialisée en Catalogne et une communauté thérapeutique en Cantabrique pour les patients souffrant de comorbidité et ayant besoin d'un traitement en hébergement.
Pays-Bas	Deux salles de traitement intégré spécialisées avec hospitalisation. Évaluation continue du processus pour développer les bonnes pratiques.
Autriche	Coopération entre un service d'aide aux toxicomanes et un hôpital psychiatrique situé à proximité, certains des psychologues de l'hôpital travaillant dans ce centre de traitement de la toxicomanie. Les patients restent sous traitement de la toxicomanie et sont adressés à l'hôpital uniquement si les symptômes psychiatriques deviennent trop sévères.
Royaume-Uni	Plusieurs services intégrés dans différents lieux communautaires. Plusieurs praticiens du double diagnostic ont été nommés dans des services de traitement de la toxicomanie ou au sein d'équipes de soins de santé mentale.
Norvège	Un projet intégré rattaché à un centre psychiatrique d'Oslo. Suivi et évaluation pendant une période allant jusqu'à deux ans, axés sur les besoins élémentaires tels que le logement, le travail, les prestations sociales et les relations sociales.

outre, l'usage combiné des stupéfiants et des médicaments peut, s'il n'est pas bien contrôlé, mener à des interactions entre les drogues illicites et les médicaments prescrits ou à la neutralisation des médicaments prescrits.

Traitement parallèle

Le partage de la responsabilité d'un patient entre un service de santé mentale et un service de toxicomanie dans le cadre d'un modèle de traitement parallèle semble rare en pratique. Toutefois, des groupes de travail locaux composés de représentants de ces deux types de services constituent souvent un important moyen d'échange, de coopération et de contact. En France, en Italie et aux Pays-Bas, des règlements ou protocoles officiels obligent les services de toxicomanie à maintenir une relation étroite, de préférence par la création de conventions régionales officielles, avec les services psychiatriques en ce qui concerne les procédures d'orientation des patients et les échanges de renseignements cliniques (Olin et Plaisait, 2003). Toutefois, plus de la moitié des patients hollandais présentant un double diagnostic estiment que ces conventions n'aboutissent pas à une amélioration des soins (Van Rooijen, 2001).

Au Luxembourg et en Autriche, le personnel chargé du traitement de la toxicomanie peut suivre ses patients qui ont été transférés en hôpital psychiatrique. Les lignes directrices du Royaume-Uni soulignent que les professionnels des services de toxicomanie comme ceux des services de santé mentale devraient participer à la planification des soins d'un patient présentant un double diagnostic de façon à hiérarchiser les modes de soins (Department of Health, 2002a).

Traitement intégré

Dans ce modèle, une seule équipe gère le traitement des deux troubles. Cette démarche comporte l'avantage que le patient n'est pas confronté à deux messages

contradictoires. Dans certains pays, des systèmes administratifs distincts (par exemple en Espagne) ou des systèmes de financement différents (par exemple en Allemagne) compliquent cette intégration.

Dans la plupart des pays, il existe seulement quelques programmes ou unités intégrés spécialisés pour les patients présentant une comorbidité, et la demande est loin d'être satisfaite, comme le montre le tableau 8, qui présente les informations disponibles.

La mise en œuvre la plus fréquente d'un modèle de traitement intégré consiste à affecter des psychiatres dans les services de traitement de la toxicomanie et/ou des professionnels de la toxicomanie dans les services de santé mentale. Ce peut être la solution la plus pratique dans les petites régions où les cliniques spécialisées intégrées ne sont pas une solution viable. En Espagne, depuis 2002, les médecins généralistes qui s'occupent du traitement de la toxicomanie ont la possibilité d'obtenir le titre de «spécialiste en psychiatrie» s'ils réussissent à un examen et justifient d'une expérience professionnelle avec des patients présentant des troubles mentaux. Au Portugal, pour obtenir une accréditation et une certification, un centre de traitement doit obligatoirement avoir au moins un psychiatre dans son effectif. Toutefois, tous les psychiatres travaillant dans un service de traitement de la toxicomanie ne possèdent pas les connaissances spécialisées et la formation nécessaire pour traiter les usagers de drogue, et une formation supplémentaire spécifique peut être requise.

Gestion des cas

La gestion des cas en tant que méthode de coordination du traitement des patients pour assurer des soins individualisés séquentiels ou simultanés et aider les patients à trouver leur voie dans le système de traitement semble peu fréquente dans l'UE. La France signale la mise en place d'une coopération entre les services de toxicomanie et les services

psychiatriques en vue d'organiser des admissions communes et une gestion des cas pour les patients présentant des troubles psychiatriques et une toxicomanie; toutefois, cette collaboration est souvent limitée à un cas particulier. Au Luxembourg comme aux Pays-Bas, les professionnels en sont venus à reconnaître que la gestion des cas est la méthode la plus efficace pour gérer les patients présentant un double diagnostic, mais elle est coûteuse et prend beaucoup de temps, et nécessite des compétences professionnelles spécifiques. Toutefois, dans certains pays, un type de gestion des cas appelé «suivi intensif dans le milieu» est en cours d'application (voir ci-dessous).

Méthodes de traitement et bonnes pratiques

Le traitement des patients présentant une comorbidité se caractérise par de nombreuses difficultés; il est extrêmement éprouvant et souvent peu gratifiant pour le personnel. Les patients sont souvent difficiles à gérer en raison de leur comportement social perturbateur et agressif, en particulier ceux qui souffrent des troubles de la personnalité les plus «spectaculaires», et de leur instabilité émotionnelle. La résistance ou le défaut d'observance des règles et des exigences du traitement, telles que le fait d'honorer les rendez-vous ou de prendre ses médicaments, sont fréquents et la désillusion qu'ils provoquent est aggravée par des relations personnelles peu satisfaisantes. Le taux de réussite est généralement faible et le taux d'abandon est élevé, ce qui rend le traitement long et coûteux, et également frustrant pour le personnel qui, ce qui n'est pas surprenant, montre souvent de l'impatience, de l'agressivité refoulée et des symptômes d'épuisement. Le manque de procédures de suivi et de postcure aboutit à un fort taux de rechute, et les troubles mentaux comme ceux de la toxicomanie deviennent souvent chroniques. Par ailleurs, les patients ont souvent eu beaucoup de heurts avec les services d'assistance, et peuvent donc être réticents à subir un traitement.

Malgré cette situation difficile, les professionnels recherchent et développent constamment des approches plus efficaces. Des discussions interdisciplinaires régulières sur des cas et une coopération intensive pourraient remédier au manque de compréhension mutuelle qui règne au sein du personnel. De telles tentatives apportent à tous les participants des informations plus détaillées sur les patients et facilitent le développement de bonnes pratiques ou stratégies de soins. La qualité du traitement est le facteur le plus important pour atteindre des résultats positifs.

Comme c'est le cas dans tant de domaines en rapport avec la drogue, la documentation, l'évaluation et la recherche dans le domaine du traitement de la comorbidité est déplorable. Les données probantes n'indiquent pas clairement quel type de traitement réussit le mieux. L'ouvrage de Cochrane rédigé en commun a examiné les programmes de traitement psychosocial (Ley et al., 2003). Les documents analysés se limitaient à six études, dont quatre étaient réduites, et toutes étaient généralement de qualité médiocre en termes de conception et de

signalement. La principale découverte était qu'«il n'y a pas de faits probants manifestes en faveur de la supériorité d'un quelconque type de programme de traitement de la toxicomanie pour ceux qui souffrent de maladie mentale grave par rapport à la valeur des soins normalisés». L'ouvrage concluait en affirmant que «la mise en œuvre de nouveaux services spécialisés de toxicomanie pour ceux qui souffrent de maladies mentales graves devrait s'effectuer dans le cadre d'essais cliniques "cas témoins" simples et bien conçus».

Une importante revue internationale des travaux de recherche sur le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme n'a trouvé que huit études randomisées sur le traitement des toxicomanes souffrant de graves troubles psychiatriques (Jansson et Fridell, 2003). Le taux d'abandon était extrêmement élevé, même avant le début du traitement. Un suivi à court terme a révélé que le traitement en hébergement, particulièrement dans les communautés thérapeutiques, aboutissait à de meilleurs résultats en termes de conditions de vie et de consommation de drogue, mais non pour les symptômes psychiatriques.

Certaines caractéristiques sont pertinentes pour toutes les situations de traitement. Les recommandations présentées ci-dessous sont extraites de revues et de méta-analyses d'études «cas témoins» randomisées sur le traitement de la toxicomanie publiées dans le monde (Berglund et al., 2003):

- 1) L'objectif de la désaccoutumance à la drogue ne doit jamais être perdu de vue.
- 2) Les interventions doivent être très structurées.

Les interventions doivent durer assez longtemps pour avoir un effet.

L'intervention doit se poursuivre pendant au moins trois mois, de préférence plus longtemps.

Au Royaume-Uni, les lignes directrices du ministère de la santé (Department of Health, 2002b) et les projets de recherche et les revues de la littérature (par exemple Crawford, 2001) ont éveillé l'intérêt politique pour le double diagnostic. Toutefois, les données probantes proviennent principalement d'Amérique du Nord, avec moins de 10 % des synthèses de Crawford provenant d'études menées au Royaume-Uni.

Selon une revue hollandaise des études internationales, un modèle de gestion des cas potentiellement efficace est le suivi intensif dans le milieu, qui comprend des aspects structurels (charge de travail, travail en équipe, coopération avec les autres professionnels de la santé), organisationnels (critères d'admission explicites, limitation des nouvelles admissions, intervention de crise 24 heures sur 24) et de contenu (assistance et soins fournis dans les situations quotidiennes, approche active, contacts fréquents) (Wolf et al., 2002). À Birmingham, au Royaume-Uni, les équipes de suivi intensif dans le milieu reçoivent une formation par le biais d'une approche fondée sur un manuel: la thérapie

cognitivo-comportementale. Les équipes bénéficient d'une assistance permanente pour dispenser les interventions et elles sont évaluées à la fois en termes de processus et de résultats (réunion conjointe de la faculté de toxicomanie du Collège royal des psychiatres et de l'Association mondiale des psychiatres, 2003). En Norvège, quelques équipes intégrées fondées sur le suivi intensif dans le milieu sont en train d'être testées.

La synthèse suivante présente des données probantes sur les bonnes pratiques signalées par les points focaux nationaux Reitox:

- Une étude de suivi portant sur 219 opiomanes sous traitement dans les services de toxicomanie de Hambourg a montré une diminution de l'usage de l'héroïne et de la cocaïne en deux ans. Quarante-sept pour cent des participants présentaient une évolution positive des troubles psychiatriques (Krausz et al., 1999).
- Une étude italienne a révélé que les résultats du traitement de maintenance par la méthadone n'étaient pas fondamentalement différents chez les patients présentant des symptômes psychiatriques sévères ou modérés, que ce soit en termes de rétention ou de consommation d'héroïne. Toutefois, il semble que les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères avaient besoin d'un plus fort dosage moyen de méthadone (Pani et al., 2003).
- La thérapie dialectique comportementale ⁽¹⁷³⁾ est une possibilité de traitement particulièrement adapté aux femmes toxicomanes souffrant de graves troubles de la personnalité, borderline et/ou de tendances suicidaires. Toutefois, les données probantes se limitent à de rares études. Un essai «cas témoin» hollandais de thérapie dialectique comportementale a révélé que le groupe expérimental, comme le groupe suivant un traitement «ordinaire», tirait profit de cette thérapie et présentait une réduction des comportements autodestructeurs. Le groupe expérimental présentait une réduction beaucoup plus importante de la consommation d'alcool, mais aucune différence n'a été révélée en ce qui concerne l'usage de drogue (Van den Bosch et al., 2001).
- Dans une étude suédoise, l'utilisation répétée du questionnaire ASI tout au long de la période de traitement avec un modèle durable de gestion de la qualité a révélé que dans les deux ans suivant leur sortie, 46 % des patients avaient été abstinents. Les patients présentant un double diagnostic montraient un profil plus grave selon l'ASI que les patients sans psychose. En général, on constatait de petits changements du profil de personnalité et des symptômes, mais, pour beaucoup de patients, la qualité de vie était supérieure et leur situation personnelle plus stable lors du suivi (Jonsson, 2001).
- Au Royaume-Uni, Barrowclough et al. (2001) ont découvert que la combinaison des entretiens de motivation, de la thérapie cognito-comportementale et des interventions familiales entraînait des améliorations chez les patients atteints de schizophrénie et de troubles dus à la toxicomanie.
- Une vue d'ensemble des études de traitement en Norvège sur des patients présentant une comorbidité a conclu que le comportement agressif et impulsif gagnait à être traité par une thérapie de groupe structurée basée sur la confrontation, combinée à une thérapie familiale. Les patients dépressifs ou angoissés tiraient davantage profit d'une psychothérapie individuelle assistée d'une thérapie de groupe (Vaglum, 1996).

Recherche

Un projet de recherche sur le double diagnostic dans le cadre du cinquième programme-cadre de la Commission européenne sur la recherche et le développement a récemment été lancé. Cette étude prospective polycentrée, qui comprend l'Angleterre, le Danemark, l'Écosse, la Finlande, la France et la Pologne, vise à décrire les prestations de services pour les patients présentant un double diagnostic dans sept centres psychiatriques européens et à comparer, sur une période de douze mois, la morbidité et le recours aux services entre les patients à double diagnostic et ceux à diagnostic unique. Les résultats étudiés comprendront la gravité de la toxicomanie, les symptômes psychiatriques, l'observance du traitement, le fonctionnement psychosocial, le réseau social, le taux de rechute et la mortalité. Les résultats sont attendus en 2005 ⁽¹⁷⁴⁾.

Formation

Dans la plupart des pays, les médecins et les infirmières en formation reçoivent très peu d'enseignements sur la toxicomanie et encore moins sur la question de la comorbidité. En Italie, la formation commune du personnel de santé mentale et de celui du traitement de la toxicomanie est devenue plus courante. Aux Pays-Bas, l'institut Trimbos organise des formations s'adressant à la fois aux professionnels de la toxicomanie et au personnel de santé mentale chargés du traitement des patients présentant un double diagnostic. D'autres pays signalent des formations continues et des stages, mais leur mise en œuvre est aléatoire et inégale.

Au Royaume-Uni, le Collège royal de psychiatrie a entrepris une analyse des besoins en formation (Mears et al., 2001) avec divers groupes de professionnels, provenant à la fois des services de santé mentale et du milieu de la toxicomanie. Cinquante-cinq pour cent de l'échantillon ont déclaré qu'ils ne se sentaient pas suffisamment préparés à travailler avec des patients souffrant de comorbidité et ont exprimé le besoin d'une formation complémentaire.

⁽¹⁷³⁾ La thérapie dialectique comportementale est l'application d'un large éventail de stratégies thérapeutiques cognitives et comportementales pour traiter les troubles de la personnalité borderline, notamment le comportement suicidaire.

⁽¹⁷⁴⁾ Voir <http://www.entementalhealth.net/papers/kbm02.pdf>.





Références

- Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service, Londres.
- Andreasen, J. (2002), *Ansvar for de psykotiske stofmisbrugere skal vara psykiatriens. Ugeskrift for læger*, p. 51.
- AST/RELIS (2002), point focal OEDT Luxembourg — direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies — RELIS. Rapport national, PFN, Luxembourg.
- Bakken, K., Landheim, S. et Vaglum, P. (2003), *Primary and secondary substance misusers, do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? Alcohol and Alcoholism* 38, 54-9.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N. et al. (2001), «Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia», *American Journal of Psychiatry*, n° 158, p. 1706-1713.
- Baudis, R. (2004), *A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany*. Actes de la conférence «Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services», Servizi Area Penale Carceri, Milan, 5-7 février 2004.
- Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis, échelle et référence (projet de rapport)*, Escapade, OFDT.
- Beck, F. et Legleye, S. (2003), *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes*, Escapad 2002, OFDT, Paris.
- Benschop, A., Rabes, M. et Korf, D. (2002), *Pill testing — ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers Amsterdam.
- Berglund, M. et al. (éd.) (2003) *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley, Londres.
- Berthel, T. (2003), *Psychiatrische Komorbidität*. Dans: Beubler, E., Halmayer, H. et Springer, A. (éd.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Vienne.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. et al. (2000), *Overdosing on opiates. Thematic review. Part I — causes. Drug and Alcohol Findings*, n° 4, p. 4-20.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. et al. (2001), *Overdosing on opiates. Thematic review. Part II — prevention. Drug and Alcohol Findings*, n° 5, p. 4-18.
- Beutel, M. (1999), *Sucht und sexueller Missbrauch. Psychotherapeut* 44, p. 313-319.
- Bird, S. et Rotily, M. (2002), *Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons. Howard Journal* 41 (2).
- Bovenkerk, F. et Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland, het probleem van criminaliteit en haar bestrijding. Utrecht, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen*.
- Bronisch, T. et Wittchen, H.-U. (1998), *Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. Suizidprophylaxe* 1, p. 22-26.
- Chinman, M., Imm, P. et Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation Santa Monica.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, Nations unies, Conseil économique et social, Vienne.
- Commission européenne (1999), *Evaluating socio-economic programmes, glossary of 300 concepts and technical terms*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- Commission européenne (2003), *Evaluating EU activities — a practical guide for Commission Services*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), *National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings*, Commonwealth d'Australie, Canberra.
- Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ("dual diagnosis")*, a review of relevant literature, Royal College of Psychiatrists, Londres.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. et al. (2004), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study, international report from the 2001/2002 survey, Health Policy for Children and Adolescents*, n° 4, Genève, WHO Europe.
- Deehan, A. et Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office Online Report 43/03.
- Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide, dual diagnosis good practice guide*, Department of Health, Londres.
- Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment, promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health, Londres.
- Dialog (2000), *Jahresbericht 1999. Verein Dialog — Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige*, Vienne.
- Dolan, K. (1997-1998), *Evidence about HIV transmission in prisons. Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, p. 32-38.
- Dolan, K., Rutter, S. et Wodak, A. D. (2003), *Prison-based syringe exchange programmes, a review of international research and development. Addiction* 98, p. 153-8.
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. et al. (1998), *Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophrenia Bulletin* 24, p. 589-608.
- DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1), janvier-février 2004.

- Dusenbury, L. et Falco, M. (1995), *Eleven components of effective drug abuse prevention curricula*. *Journal of School Health* 65, p. 420-425.
- Eland, A. et Van de Glint, G. (2001), *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*, Trimbos Instituut, Utrecht.
- Emmanuelli, J. (2003), Siamois, «Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogue par voie IV», dans: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et al. (éd.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, p. 263-267, OFDT, Paris.
- Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D. et al. (2001), *Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid*. *European Journal of Epidemiology* 17, p. 573-580.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003*, n° 70, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Europol (2002), *Serious crime overviews, counter money laundering, a European Union perspective*, Europol, La Haye.
- Europol (2003), *Rapport 2003 sur la criminalité organisée dans l'Union européenne*, Europol, La Haye.
- Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK, Paris.
- Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service, Dublin.
- Flay, B. (2000), *Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change*. *Addictive Behaviours* 25, p. 861-866.
- Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Stockholm.
- Fridell, M. (1996), *Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare*. SoS-rapport 1996, 14, Socialstyrelsen, Stockholm.
- GAFI (2003a), *Rapport annuel 2002-2003* (<http://www.fatf-gafi.org>).
- GAFI (2003b), *La lutte contre l'utilisation abusive des systèmes alternatifs de remise de fonds — meilleures pratiques internationales*, GAFI, Paris.
- Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård, översikt och syntes av hittillsvarande studier*. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004, 3 Tvång och förändring — Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet, Stockholm.
- GFATM (secrétariat du) (2004), *The Global Fund Grant status report* (<http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls>).
- Giuliani, M. et Suligoj, B. (2004), groupe de travail italien sur la surveillance des IST, *Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections*. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), p. 79-84.
- Gore, S. M. (1999), *Fatal uncertainty, death-rate from use of ecstasy or heroin*. *Lancet* 354, p. 1265-6.
- Hall, W., Degenhardt, L. et Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series n°. 44, 2nd édition, Commonwealth d'Australie, Canberra.
- Hannon F., Keleher C. et Friel, S. (2000). *General healthcare study of the Irish prison population* Stationery Office, Dublin.
- Hansen, W. (1992), *School-based substance abuse prevention, a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990*. *Health Education Research* 7, p. 403-430.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S. et al. (2000), *The 1999 ESPAD Report, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Conseil suédois de l'information sur l'alcool et autres drogues (CAN) et Conseil de l'Europe, groupe Pompidou.
- Hope, V., Ncube, F., de Souza, L. et al. (2004), *Shooting up, infections in injecting drug users in the Royaume-Uni, 2002*. *Eurosurveillance Weekly*, 8 (4), 22 janvier 2004 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp>).
- Interpol (2002), *Rapport d'activités*, Interpol, Lyon.
- Jansson, I. et Fridell, M. (2003), *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.
- Jonsson, S. (2001), *Långstorps vård- och behandlingshem — En utfallsstudie*. *Psykologexamensuppsats*, vol. III, 20 Institutionen för psykologi, Lund.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L. et al. (2001), *Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys*. *Psychiatrica Fennica* 32, p. 62-79.
- Kokkevi, A. et Facy, F. (1995), *Personality traits and psychopathology in drug addiction*. *European Addiction Research* 1, p. 194-198.
- Kokkevi, A. et Stefanis, C. (1995), *Drug abuse and psychiatric comorbidity*. *Comprehensive Psychiatry*, 36, p. 329-337.
- Kraus, L., Augustin, R., Korf, D. et al. (2003), *Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain, has age of first use experience shifted towards younger age?* (rapport).
- Krausz, M. (1996), *Old problems — new perspectives*. *European Addiction Research* 2, p. 1-2.
- Krausz, M. (1999a), *Editorial. Addiction and mental health*. *European Addiction Research* 5, p. 53-54.
- Krausz, M. (1999b), *Komorbiditet — Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen*. Dans: Bellebaum, C. Jellinek, C. et Westermann, B. (éd.), *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, p. 100-114. Deutscher Studienverlag, Weinheim.
- Krausz, M., Verthein, U. et Degkwitz, P. (1999), *Psychiatric co-morbidity in opiate addicts*. *European Addiction Research* 5, p. 55-62.
- Landheim, A. S., Bakken, K. et Vaglum, P. (2003), *Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics*, *European Addiction Research* 9, p. 8-17.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. et Arner, O. (1997), *A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment, methods and findings*. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, p. 43-63
- Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. et Siegfried, N. (2003), *Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse*. *Cochrane Review. The Cochrane Library*, n° 4, Wiley, Chichester, Royaume-Uni.

- Liappas, J. (2001), «Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem», *Itaca* n° 6, p. 9-22.
- Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. et Farrell, M. (2004a), *Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. The Cochrane Library*, n° 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm>).
- Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O. et Farrell, M. (2004b), *Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. The Cochrane Library*, n° 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm>).
- Long, J., Allwright, S. et Begley, C. (2004), «Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons», *International Journal of Drug Policy* (sous presse).
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. (2000), «Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study», *British Journal of Psychiatry*, n° 176, p. 285-289.
- McIntosh, C. et Riison, B. (2001), *Treating depression complicated by substance misuse. Advances in Psychiatric Treatment* 7, p. 357-364.
- McVeigh, J., Beynon, C. et Bellis, M. A. (2003), «New challenges for agency based exchange schemes, analysis of 11 years of data (1991-2001) in Merseyside and Cheshire», *United Kingdom. International Journal of Drug Policy*, n° 14, p. 399-405.
- Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S. et al. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis), a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists, Londres.
- Migliori, G. B. et Centis, R. (2002), *Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, p. 285-290.
- Morel, A. (1999), «Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie», *Interventions*, n° 72, p. 35-40.
- Moyle, P. (2003), *Les tribunaux de toxicomanie, développements internationaux, modèles, résultats, projet du groupe Pimpidou relatif aux tribunaux de toxicomanie*, Strasbourg.
- Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back, women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press, Dublin.
- Murray, R., Grech, A., Phillips, P. et Johnson, S. (2003), *What is the relationship between substance abuse and schizophrenia?* Dans: Murray, R., Jones, P., Susser, E. et al. (éd.), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Neale, J. et Robertson, M. (2004), *Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. Drugs, Education, Prevention and Policy* 11 (1), p. 79-90.
- Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2),119-128.
- OEDT (2001), «Cocaïne et crack (question particulière)», dans *Rapport annuel 2001, l'état du phénomène de la drogue dans les pays adhérents et candidats à l'Union européenne*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2003a), *Rapport annuel 2003, l'état du phénomène de la drogue dans les pays adhérents et candidats à l'Union européenne*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2003b), *Rapport annuel 2003, l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2003c), «Hépatite C, une épidémie silencieuse», *Objectif drogues*, n° 11, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand — meeting with International organisations*, Lisbonne, 24 juin 2003 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881>).
- OEDT (2004a), *European report on drug consumption rooms*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004b), «Décès», *Objectif drogues*, n° 13, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use, impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OICS (2004a), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2003*, Nations unies, OICS, New York.
- OICS (2004b), *Précurseurs et produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, Nations unies, OICS, New York (<http://www.incb.org>).
- Öjehagen, A. et Schaar, I. (2003), *Mentally ill substance abusers in Sweden, a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities*. Dans: Carrà, G. et Clerici, M. (éd.), *Dual diagnosis, filling the gap (Le double diagnostic)*, John Libbey Eurotext, Paris.
- Olin, N. et Plasait, B. (2003), *Drogue, l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*, Sénat, Paris.
- OMD (2003a), *Les routes de la drogue de l'Asie centrale à l'Europe* (disponible sur le site web de l'OMD: <http://www.wcoomd.org>).
- OMD (2003b), *Réponse internationale commune à la contrebande de drogue*, OMD, Bruxelles.
- OMD (2003c), *World money laundering report*, vol. 4, n° 10.
- OMS (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS, Genève.
- ONU DC (Office des Nations unies contre la drogue et le crime) (2000), *Demand reduction, a glossary of terms*, Nations unies, New York.
- ONU DC (Office des Nations unies contre la drogue et le crime) (2003a), *Tendances mondiales des drogues illicites*, 2003, Vienne.
- ONU DC (Office des Nations unies contre la drogue et le crime) (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Vienne.
- ONU DC et gouvernement du Maroc (2003), *Maroc, enquête sur le cannabis 2003*, ONU DC, Vienne.
- Origer, A. et Delucci, H. (2002), «Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999-2000)», *Séries de recherche*, n° 3, point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé, Luxembourg.

- Paglia, A. et Room, R. (1999), *Preventing substance use problems among youth, a literature review and recommendations*. *Journal of Primary Prevention* 20 (1), p. 3-50.
- Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G. et al. (2003), *Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes, new evidence*. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, p. 23-36.
- Pedersen, M.U. (2001), *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.
- Popov, P. (2003), *Alkohol*. Dans: Kalina, K. a spol. (éd.) *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praha, Úřad vlády ČR-NMC.
- Rapports nationaux Reitox (2003) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Ravelli, A., Bijl, R. V. et Van Zessen, G. (1998), *Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis)*. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, p. 531-544.
- Réunion conjointe de la faculté de toxicomanie du Collège royal des psychiatres et de l'Association mondiale des psychiatres (2003), *Innovations in the treatment of addiction*, Barcelone, 1-2 mai 2003.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. et al. (2003), *Risk factors associated with drug use, the importance of "risk environment"*. *Drugs, Education, Prevention and Policy* 10, p. 303-329.
- Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. et Garretsen, H. F. L. (2004), *When a push is not a shove, assertive care, Dutch-style*. *Drugs and Alcohol Today*, vol. 4 (sous presse).
- Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L. et al. (1999), *Co-abuse of opiates and benzodiazepines*. *Irish Journal of Medical Science* 168, 36-41.
- Samhsa, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA)*.
- Samhsa, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo>).
- Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J. et al. (2003), *Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002*. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, p. 519-524.
- Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J. et al. (2000), *Cocaine misuse treatment in England*. *International Journal of Drug Policy* 11, p. 203-215.
- Siliquini, R., Zeppegno, P. et Faggiano, F. (2002), *Patologia psichiatrica e consumo di sostanze, descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo*. Dans: Faggiano, F. (éd.) *OED Piemonte — Rapporto 2002*, Turin, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze.
- Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmissbrukarar*.
- Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment*. Treatment monitoring conference (Conférence sur le suivi des traitements), OEDT, Lisbonne.
- Springer, A. (2003b), *Psychotherapeutische Aspekte*. Dans: Beubler, E., Haltmayer, H. et Springer, A. (éd.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Vienne.
- Stothard, B. et Ashton, M. (2000), *Education's uncertain saviour. Drug and Alcohol Findings* 3, p. 4-7, 16-20.
- Stöver, H. (2001), *Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland, Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*. *Endbericht*. Brême, université de Brême, Institut de recherches sur la toxicomanie (Bisdro).
- Stöver, H. et Nelles, J. (2003), *Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons*. *International Journal of Drug Policy* 14, p. 437-444.
- Ter Bogt, T. et Engels, R. C. M. E. (2004), *Party style, notice for and effects of MDMA at Rave parties*. *Substance Use and Misuse* (sous presse).
- Tobler, N. (2001), *Prevention is a two-way process*. *Drug and Alcohol Findings*, n° 5, p. 25-27.
- Tobler, N. et Stratton H. H. (1997), *Effectiveness of school-based drug prevention programs, a meta-analysis of the research*. *Journal of Primary Prevention* 18(1), p. 71-128.
- Tobler, N. S., Roona, M. R. et Ochshorn, P. (2000), *School-based adolescent prevention programs, 1998 meta-analysis*. *Journal of Primary Prevention* 20, p. 275-336.
- Uchtenhagen, U. et Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin — Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag, Munich.
- Vaglum, P. (1996), «Psychopathology and substance abuse, clinical Lessons from six Norwegian Studies», *Psychiatric Fennica*, n° 27, p. 55-67.
- Van den Bosch, L. M., Verheul, R. et Van den Brink, W. (2001), *Substance abuse in borderline personality disorder, clinical and etiological correlates*. *Journal of Personality Disorders* 15, p. 416-424.
- Van Rooijen, M. (2001), *Zendingswerk, dubbele diagnose kliniek*. *Psy*, 5, p. 24-80.
- Verheul, R. (2001), *Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders*. *European Psychiatry* 16, p. 274-282.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V. et al. (2003), *Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services*. *British Journal of Psychiatry* 183, p. 304-312.
- Wiessing, L. et Kretzschmar, M. (2003), «Can HIV epidemics among IDUs "trigger" a generalised epidemic?», *International Journal of Drugs Policy*, n° 14, p. 99-102.
- Williams, H., O'Connor, J. J. et Kinsella, A. (1990), «Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance», *Irish Journal of Psychological Medicine*, n° 7, p. 45-46.
- Wolf, J., Mensink, C. et Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, een systematisch overzicht van interventie en effect*, Utrecht, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, Utrecht.
- Zuckerman, J. (2003), *The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations*. *Drugs* 63, p. 1779-84.
- Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. et Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Lambertus, Fribourg.





Points focaux nationaux Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk
Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika

Secretariat of the National Drug Commission Office of the
Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tél. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tél. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti

National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tél. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece

Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tél. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional
sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tél. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tél. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale
per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e
alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tél. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)

Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug
Addiction
Magnolia Centre, Offices 11-12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tél. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general
matters)

Latvija

The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment
(Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tél. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva

Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the
Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország

National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta

Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland

Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich

ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska

National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROŚLAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko

Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug
Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk,
alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige

Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Petersson@fhi.se

United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs
Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires
intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning

PB 565 Sentrum

(Office: Øvre Slottsgate 2B)

N-0157 Oslo

Knut BROFOSS/Odd HORDVIN

Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01

E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bälgarija

National Centre for Addictions

117, Pirotska Str.

BG-1303 Sofia

Momtchil VASSILEV

Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047

E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România

National Anti-drug Agency

37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3

RO-Bucharest

Angela PANTEA

Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706

Fax (40-21) 326 47 87

E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye

TADOC Müdürlüğü

Necatibey Cd. No:108

TR-Anıttepe/Ankara

Ylhami HÜNER

Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05

E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2004

Rapport annuel 2004: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes
2004 — 113 p. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-200-4

VENTE ET ABONNEMENTS

Les publications payantes éditées par l'Office des publications sont disponibles auprès de ses bureaux de vente répartis dans le monde.

Quelle est la marche à suivre pour acquérir l'une ou l'autre des publications?

Après vous être procuré la liste des bureaux de vente, vous choisissez le bureau qui vous intéresse et vous le contactez pour passer commande.

Comment vous procurer la liste des bureaux de vente?

- Soit vous consultez le site internet de l'Office: <http://publications.eu.int/>
- Soit vous la demandez par télécopie au (352) 29 29-42758 et vous la recevrez sur papier.

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'un des organismes décentralisés de l'Union européenne. Créé en 1993 et siégeant à Lisbonne, il constitue la source centrale d'informations approfondies sur les drogues et la toxicomanie en Europe.

L'OEDT collecte, analyse et diffuse des informations objectives, fiables et comparables sur les drogues et la toxicomanie. Ce faisant, il offre à son public une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe fondée sur des faits probants.

Les publications de l'Observatoire constituent une des principales sources d'information pour un public très diversifié, comprenant des décideurs et leurs conseillers, des professionnels et des chercheurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, les médias et le grand public.

Le rapport annuel présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur le phénomène de la drogue dans les États membres de l'UE et en Norvège, et il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.



Office des publications

Publications.eu.int

ISBN 92-9168-200-4



9 789291 682003