

## Chapitre 2

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

## Introduction

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

## Prévention

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

### Stratégies environnementales

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

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

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

### Prévention universelle

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

## Prévention: le contexte environnemental

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

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

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

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

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

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

## Prévention sélective

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

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

## Prévention ciblée

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

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

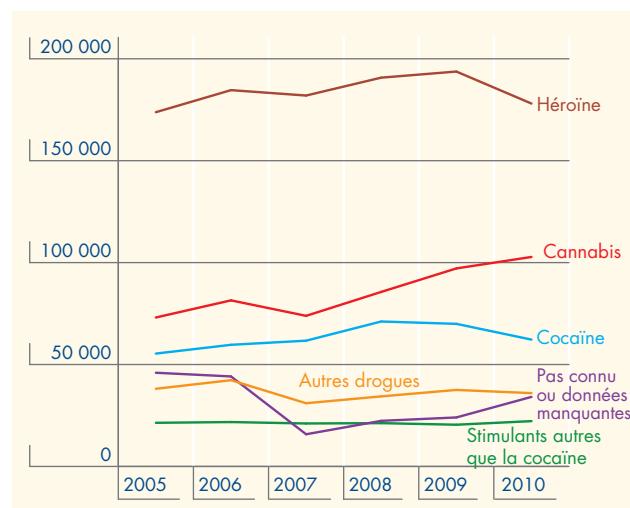
pourraient développer ultérieurement des problèmes de toxicomanie et à les cibler individuellement par le biais de mesures spécifiques. Dans la plupart des pays européens, la prévention ciblée reste fondée sur l'offre de conseils aux jeunes consommateurs de drogue. Le programme «Prevention» (9) est une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

## Traitement

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

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

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



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

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

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

## Traitement dans une structure ambulatoire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Traitement en milieu hospitalier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Réinsertion sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

## Réduction des risques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(27) COM(2007) 199 final.

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

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

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

## Normes de qualité

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

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

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

## Répression antidrogue

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

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

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

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

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

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

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

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

### Définition des priorités stratégiques et opérationnelles

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

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

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

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

### Infractions liées à la drogue

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Tendances par drogue**

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

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

(32) Voir le tableau DLO-2 du bulletin statistique 2012.

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

(34) Voir le tableau DLO-3 du bulletin statistique 2012.

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

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

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

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

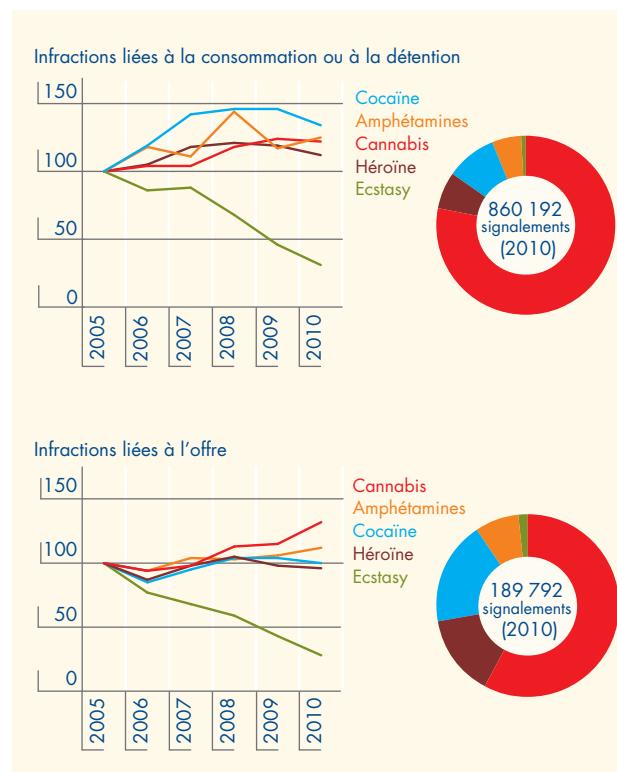
Le nombre d'infractions déclarées liées aux amphétamines dans l'Union européenne a connu une augmentation estimée à 24 % entre 2005 et 2010, bien que cette tendance semble s'être stabilisée au cours des deux dernières années. En revanche, le nombre d'infractions liées à l'ecstasy a chuté, selon les estimations,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

### Eurojust: coopération judiciaire dans l'Union européenne

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

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

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



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

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

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

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

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

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