

Chapitre 3

Cannabis

Introduction

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

Offre et disponibilité

Production et trafic

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Saisies

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

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

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

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

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

Puissance et prix

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

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

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

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

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

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

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

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

Parts de marché estimées des produits à base de cannabis

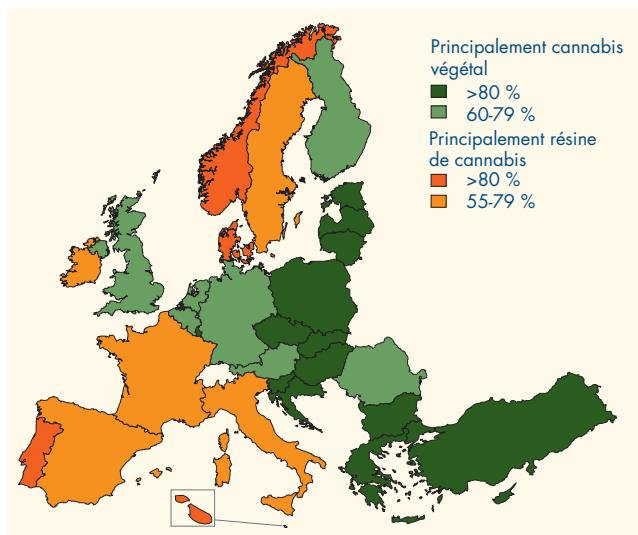
Diverses sources de données indiquent une prédominance du cannabis végétal dans l'ensemble de l'Europe en 2009. Il apparaît que le cannabis végétal est le produit à base de cannabis le plus consommé dans deux tiers des trente pays déclarants, tandis que la résine de cannabis est le produit le plus prisé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

Prévalence et modes de consommation

Consommation de cannabis dans la population générale

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

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



Source: OEDT, 2012a.

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

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

Consommation de cannabis chez les jeunes adultes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comparaisons internationales

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

Tendances de la consommation de cannabis

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

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

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

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

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

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

Modes de consommation du cannabis

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

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

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

⁽⁴⁶⁾ Voir le graphique GPS-2 du bulletin statistique 2012.

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

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

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

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

Consommation de cannabis chez les élèves

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

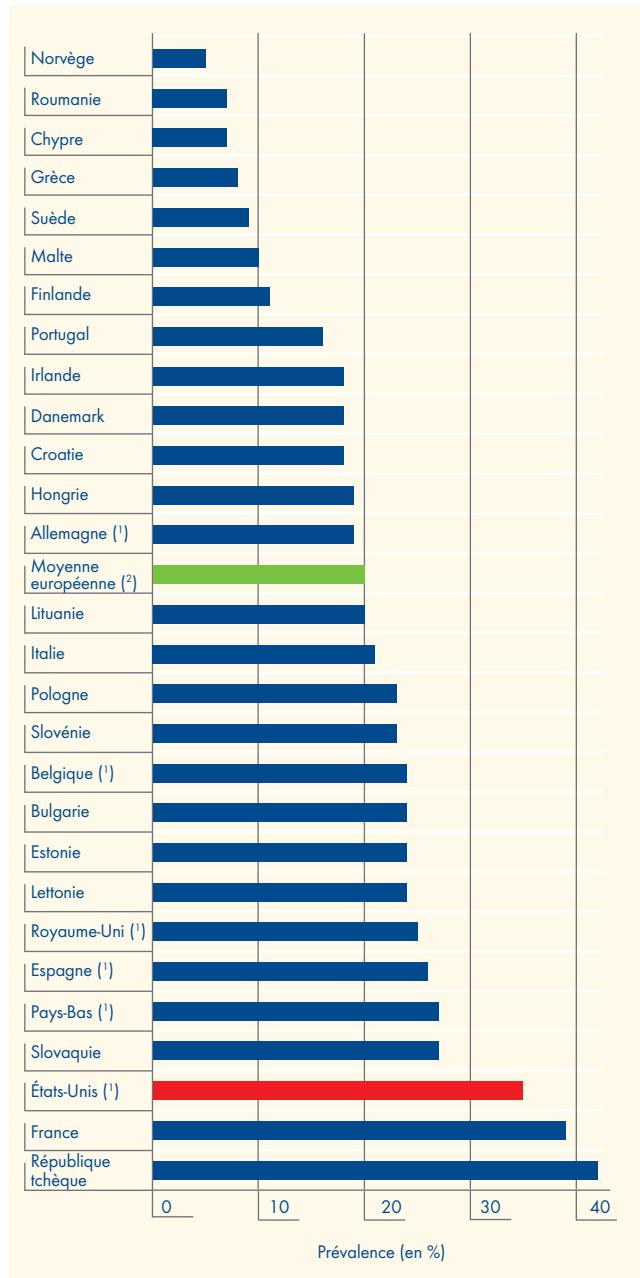
L'écart entre les sexes varie entre les pays d'Europe, le ratio garçons/filles parmi ceux qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie s'échelonnant entre 1/1 en Espagne, en France et en Roumanie et 2,5/1 en Grèce et à Chypre.

Tendances chez les élèves

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

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

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



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

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

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

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

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

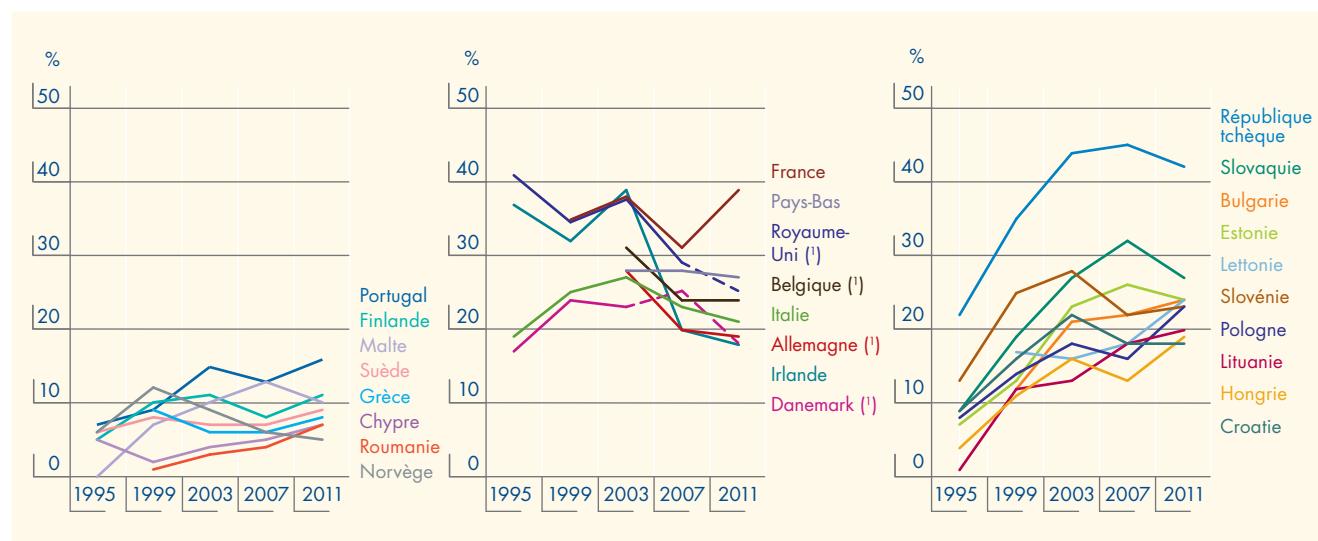
pays. Pour la plupart des autres pays de ce groupe, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les élèves a augmenté, passant d'un niveau faible à un niveau globalement équivalent à la moyenne européenne ou la dépassant. L'évolution de la prévalence de la consommation de cannabis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

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

Modes de consommation chez les élèves

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

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



(¹) Comparabilité limitée: les données de la Belgique s'appliquent à la Communauté flamande; les données de l'Allemagne s'appliquent à cinq Länder; les données du Royaume-Uni pour 2011 et celles du Danemark pour 2007 reposent sur de faibles proportions des écoles échantillonées.

Sources: ESPAD et points focaux nationaux Reitox.

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

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

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

Effets néfastes de la consommation de cannabis sur la santé

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

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

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

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

Traitement

Demandes de traitement

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

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

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

Profil des patients

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

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

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

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

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

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

Offre de traitement

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

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

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

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

Études récentes sur le traitement des consommateurs de cannabis

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

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

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

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

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

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

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