

Chapitre 5

Cocaïne et crack

Introduction

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

Offre et disponibilité

Production et trafic

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

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

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

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

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

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

⁽²⁾ Intervalle contenant la moitié médiane des données déclarées.

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

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

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

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

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

Saisies

La cocaïne est la drogue qui fait l'objet du trafic le plus intense dans le monde, après le cannabis végétal et la résine de cannabis. En 2010, les saisies de cocaïne à l'échelle mondiale sont restées assez stables, à environ 694 tonnes (voir le tableau 7) (ONUDC, 2012). L'Amérique du Sud reste la région du monde qui intercepte les plus grandes quantités de cette drogue, avec 52 % des saisies totales, suivie par l'Amérique du Nord (25 %), l'Amérique centrale (12 %) et l'Europe (9 %) (ONUDC, 2012).

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

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

Pureté et prix

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

Trafic de drogue transitant par l'aviation générale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prévalence et modes de consommation

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

Consommation de cocaïne dans la population générale

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

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

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

⁽⁷⁴⁾ Voir le graphique PPP-1 du bulletin statistique 2012.

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

Consommation de cocaïne chez les jeunes adultes

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

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

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

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

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

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

⁽⁷⁵⁾ Voir le graphique GPS-13 du bulletin statistique 2012.

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

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

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

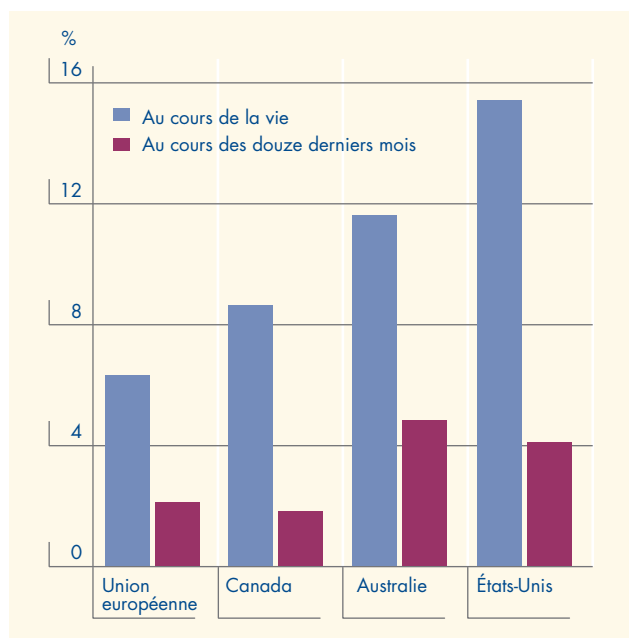
Comparaisons internationales

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

Consommation de cocaïne chez les élèves

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

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



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

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

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

Tendances de la consommation de cocaïne

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

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

⁽⁷⁸⁾ Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2012.

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

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

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

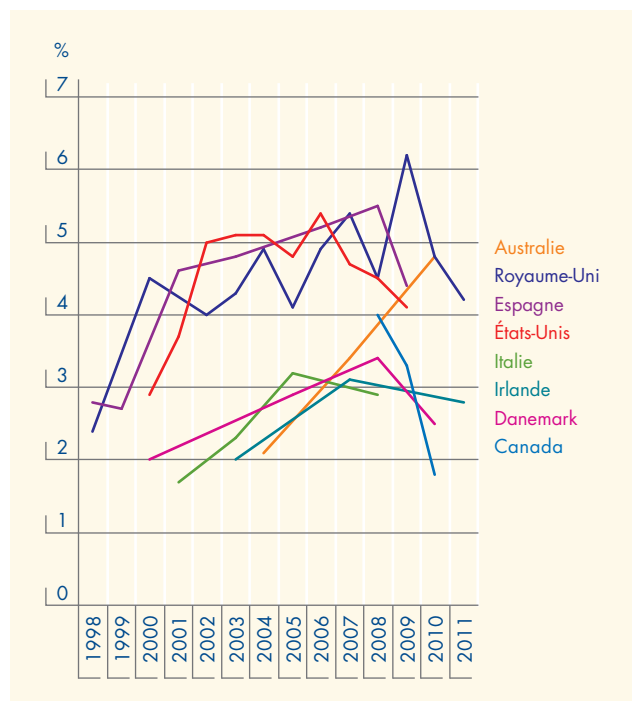
Dans douze autres pays ayant mené des enquêtes répétées, la consommation de cocaïne est relativement faible et, dans la plupart des cas, stable. Les éventuelles exceptions à cette règle sont la Bulgarie, la France et la Suède, qui ont montré des signes d'augmentation, et la Norvège, où la tendance semble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

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

Conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé

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

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



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

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

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

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

⁽⁸⁰⁾ Voir le tableau GPS-2 du bulletin statistique 2012.

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

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

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

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

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

Usage problématique de cocaïne

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

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

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

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

Demandes de traitement

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

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

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

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

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

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

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

Profil des patients en traitement ambulatoire

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

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

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

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

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

Traitement et réduction des risques

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

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

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

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

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

⁽⁸⁸⁾ Voir le tableau TDI-115 du bulletin statistique 2012.

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

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

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

Études sur le traitement de la dépendance à la cocaïne

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

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

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

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

Réduction des risques

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

Des vaccins contre les drogues illicites

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

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

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

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

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