



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

FR

ISSN 2314-9108

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2016



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2016

| Avis juridique

Cette publication de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) est protégée par la législation sur le droit d'auteur. L'Observatoire décline toute responsabilité quant aux conséquences de l'utilisation des données figurant dans ce document. Le contenu de la présente publication ne reflète pas nécessairement les avis officiels des partenaires de l'Observatoire, des États membres ou des agences et institutions de l'Union européenne.

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

Numéro gratuit (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Les informations fournies sont gratuites, tout comme la plupart des appels (même si certains opérateurs, hôtels ou cabines téléphoniques peuvent facturer des frais).

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

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

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2016

ISBN: 978-92-9168-899-9
doi:10.2810/595935

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2016
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Cette publication doit être référencée comme suit:
Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2016), *Rapport européen sur les drogues 2016: Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Printed in Belgium

IMPRIME SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ELEMENTAIRE (ECF)



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbonne, Portugal
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Table des matières

5	Préface
9	Remarques préliminaires et remerciements
11	RÉSUMÉ Un marché européen de la drogue qui a toujours du ressort
17	CHAPITRE 1 L'offre de drogue et le marché
37	CHAPITRE 2 Usages de drogue: prévalence et tendances
53	CHAPITRE 3 Les problèmes liés aux drogues et les réponses apportées dans ce domaine
71	ANNEX Tableaux de données nationales

| Préface

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons la 21^e analyse annuelle de l'état du phénomène de la drogue en Europe préparée par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), notre première en qualité de directeur de l'EMCDDA nouvellement élu et de présidente du conseil d'administration de l'Observatoire. À l'instar des années précédentes, le rapport européen sur les drogues 2016 propose une analyse ponctuelle des toutes dernières tendances et évolutions concernant l'état du phénomène de la drogue en Europe sous la forme d'un dossier multimédia intégré. Le présent rapport est unique, en ce sens qu'il donne une vue d'ensemble actualisée de la consommation de drogue, des problèmes liés à la drogue et des marchés de la drogue et qu'il intègre à cette analyse de la situation des informations sur les politiques et pratiques antidrogue.

Cette année, l'analyse attire une fois encore l'attention sur le fait que l'Europe est de plus en plus confrontée à la complexification du problème de la drogue, au sein duquel les stimulants, les nouvelles substances psychoactives, les médicaments détournés de leur usage initial et la consommation problématique de cannabis jouent tous un rôle majeur. Le rapport nous rappelle aussi que certains problèmes du passé subsistent, même si les défis qu'ils représentent aujourd'hui pour les politiques et les pratiques sont en train d'évoluer. Le problème des opiacés en Europe demeure une question centrale dans l'analyse 2016, ce qui témoigne de l'impact considérable que ces drogues conservent sur la mortalité et la morbidité. Nous observons une relation de plus en plus complexe entre la consommation d'héroïne et la consommation d'opiacés de synthèse, accompagnée d'une augmentation préoccupante des estimations globales de décès dus aux opiacés. Les services de traitement européens doivent désormais aussi répondre aux besoins sanitaires plus complexes de la cohorte vieillissante des consommateurs d'héroïne et les responsables politiques sont aux prises avec la difficile question de savoir quels sont les objectifs thérapeutiques à long terme les plus appropriés pour cette population. En parallèle, les nouvelles épidémies de consommation d'héroïne signalées dans d'autres parties du monde nous rappellent qu'il s'agit d'un domaine dans lequel la vigilance s'impose et la poursuite de la surveillance reste essentielle.

Notre rapport étant, dans une très large mesure, un effort collectif, nous tenons à remercier ici toutes les personnes dont les contributions ont permis sa rédaction. Comme toujours, la contribution des points focaux nationaux Reitox et des experts nationaux constitue la base de l'analyse présentée ici. Par ailleurs, nous devons saluer la contribution que nous



avons reçue de nos partenaires institutionnels au niveau européen, en particulier la Commission européenne, Europol, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et l'Agence européenne des médicaments. Nous nous réjouissons également de constater que le rapport de cette année intègre des données locales supplémentaires provenant de réseaux de recherche européens, lesquelles viennent compléter les données nationales concernant l'analyse des eaux usées et les urgences hospitalières liées à la drogue. Elles nous aident à mieux comprendre les habitudes de consommation de drogue et les risques qui en découlent en Europe.

Enfin, notons que ce rapport est publié à un moment important pour l'élaboration de politiques antidrogues en Europe et à l'échelle internationale. En Europe, les résultats du plan d'action antidrogué actuel vont être évalués et les délibérations ont commencé à propos des actions qui s'imposent pour faire progresser la stratégie européenne antidrogué dans les années à venir. Les pays européens ont également participé activement aux débats internationaux entourant la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies qui s'est tenue à New York en avril dernier. L'Europe a insisté sur la valeur d'une approche équilibrée, reposant sur des données probantes et un solide attachement aux droits de l'homme. Selon nous, si l'Europe peut faire figure d'autorité dans ce débat, c'est entre autres parce qu'il existe une volonté de comprendre l'évolution des problèmes auxquels nous sommes confrontés et une capacité à porter un regard critique sur ce qui fonctionne. Nous sommes fiers que ce rapport et le travail de l'EMCDDA et de ses partenaires nationaux continuent de contribuer à cette compréhension et restons convaincus que des informations fiables sont une condition sine qua non de politiques et d'actions efficaces dans ce domaine.

Laura d'Arrigo

Présidente, conseil d'administration de l'EMCDDA

Alexis Goosdeel

Directeur, EMCDDA

Remarques préliminaires et remerciements

Ce rapport se fonde sur les informations transmises à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), sous la forme d'un rapport national, par les États membres de l'Union européenne, la Turquie, pays candidat, et la Norvège.

Il a pour but de fournir une vue d'ensemble et un résumé de l'état du phénomène de la drogue en Europe et des réponses qui y sont apportées. Les données statistiques rapportées ici concernent l'année 2014 (ou l'année la plus récente disponible). L'analyse des tendances n'est basée que sur les pays qui ont fourni des données suffisantes pour décrire les évolutions qui se sont produites au cours de la période considérée. Sauf indication contraire, le seuil de signification statistique est de 0,05. Il convient aussi de noter qu'il est pratiquement et méthodologiquement difficile de suivre les habitudes et les tendances liées à un comportement caché et stigmatisé tel que la consommation de drogue illicite. C'est la raison pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées aux fins de l'analyse dans ce rapport. Si des améliorations considérables peuvent être observées, tant au niveau national qu'au niveau des résultats susceptibles d'être obtenus par une analyse européenne, les difficultés méthodologiques rencontrées dans ce domaine ne peuvent être ignorées. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation des données, en particulier quand des pays sont comparés sur un seul et unique critère. Les limites et mises en garde relatives aux données peuvent être consultées dans la version électronique de ce rapport, ainsi que dans le bulletin statistique (*Statistical Bulletin*), qui propose des informations détaillées sur la méthodologie utilisée, des réserves concernant l'analyse et des commentaires sur les limites des informations mises à disposition. Des informations sont également disponibles concernant les méthodes et les données utilisées pour obtenir des estimations européennes lorsqu'une interpolation est possible.

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

- | les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel;
- | les services et les experts de chaque État membre qui ont recueilli les données brutes pour ce rapport;
- | les membres du conseil d'administration et du comité scientifique de l'EMCDDA;
- | le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne – en particulier son groupe horizontal «Drogue» – et la Commission européenne;
- | le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), l'Agence européenne des médicaments (EMA), et Europol;
- | le groupe «Pompidou» du Conseil de l'Europe, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Interpol, l'Organisation mondiale des douanes, le projet européen d'enquêtes en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD), le *Sewage Analysis Core Group Europe* (SCORE – Groupe central d'analyse des eaux usées en Europe), le *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN – Réseau européen des urgences liées à la drogue) et le Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN);
- | le Centre de traduction des organes de l'Union européenne, *Missing Element Designers*, *Nigel Hawtin* et *Composiciones Rali*.

Points focaux nationaux Reitox

Reitox est le réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies. Il se compose de correspondants nationaux situés dans les États membres de l'Union européenne, en Turquie, pays candidat, en Norvège et à la Commission européenne. Placés sous la responsabilité de leurs gouvernements respectifs, les points focaux sont les autorités nationales chargées de fournir des informations sur la drogue à l'EMCDDA. Les coordonnées des points focaux nationaux sont disponibles sur le site de l'EMCDDA.

Résumé

**L'agenda politique européen de
lutte antidrogue doit couvrir un
ensemble plus vaste et plus
complexe de problèmes**

Un marché européen de la drogue qui a toujours du ressort

L'analyse présentée ici décrit un marché européen de la drogue qui résiste, certains indicateurs, notamment pour le cannabis et les stimulants, étant orientés à la hausse. Dans l'ensemble, les données relatives à l'offre indiquent que la pureté ou la teneur en principe actif de la plupart des substances illicites sont élevées ou en hausse. La majorité des données des enquêtes récentes de prévalence font aussi apparaître une légère augmentation de la consommation estimée des drogues les plus courantes. Le marché de la drogue est également plus complexe, de nouvelles substances étant à la disposition des consommateurs au côté des drogues classiques; les médicaments gagnent en importance et les habitudes de polyconsommation deviennent la norme chez les personnes qui rencontrent des problèmes liés aux drogues. Les efforts d'interdiction sont mis en échec par le fait que le cannabis et les drogues de

synthèse, voire certains opiacés et certaines nouvelles substances psychoactives, sont désormais produits en Europe, à proximité des marchés de consommateurs. Cette nouvelle analyse souligne à quel point il est nécessaire que l'agenda politique européen de lutte antidrogue couvre un ensemble plus vaste et plus complexe de problèmes qu'auparavant.

| Résurgence de la MDMA

Le retour de la MDMA qui est un stimulant couramment apprécié des jeunes illustre quelques-uns des nouveaux défis posés par le marché actuel de la drogue. L'innovation dans l'approvisionnement en précurseurs, les nouvelles techniques de production et l'offre en ligne semblent toutes encourager la reprise sur un marché désormais caractérisé par la diversité des produits. Des poudres, cristaux et comprimés fortement dosés, avec toute une série de logos, de couleurs et de formes, sont disponibles, de même qu'une production à la commande et un recours à un marketing sophistiqué et ciblé. Il pourrait s'agir d'une stratégie délibérément mise en œuvre par les producteurs afin d'améliorer la réputation de cette drogue après une longue période pendant laquelle sa piètre qualité et son adultération se sont traduites par une diminution de sa consommation. Certains éléments indiquent que cette

stratégie pourrait se révéler payante, la MDMA/ecstasy semblant gagner en popularité, tant auprès des consommateurs de stimulants classiques qu'auprès d'une nouvelle génération de jeunes usagers. Cette caractéristique souligne combien les actions de prévention et de réduction des risques doivent cibler une nouvelle population d'usagers susceptibles de consommer des produits fortement dosés sans mesurer les risques que ceux-ci leur font courir.

De nouvelles données mettent en évidence certaines tendances régionales en matière de consommation de stimulants et les risques qui y sont liés

Ce rapport insiste sur la priorité plus importante à accorder à l'identification des habitudes locales de consommation de stimulants et aux dégâts qu'ils causent, ainsi qu'aux réponses à y apporter. Comme les données des saisies et des enquêtes, les résultats récents issus d'analyses des eaux usées mettent en évidence des différences régionales dans les habitudes de consommation de stimulants en Europe. La consommation de cocaïne semble plus élevée dans les pays de l'Ouest et du Sud de l'Europe, tandis que les amphétamines sont plus présentes au Nord et à l'Est. Tant la cocaïne que les amphétamines ont connu en assez peu de temps une amélioration de leur pureté, avec des prix demeurant généralement stables. Les problèmes causés par les stimulants deviennent aussi plus visibles. Dans certains pays, la hausse du nombre de nouvelles demandes de traitement liées aux amphétamines suscite des inquiétudes et près de la moitié des nouveaux patients déclarent consommer par injection. L'usage de stimulants par injection a également été associé aux récentes épidémies de VIH constatées dans certaines populations marginalisées et, conjugué à des taux élevés de comportements sexuels à risque, suscite une préoccupation croissante. Ce comportement a été signalé dans de petits groupes d'hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes dans certaines villes européennes, ce qui montre qu'il est nécessaire que les services de prise en charge pour usage de drogue et les services de santé sexuelle coopèrent davantage et prennent des mesures communes.

La lutte contre le cannabis reste un défi essentiel pour les politiques européennes antidrogues

Un vaste débat public et politique est en cours à l'échelon international et en Europe au sujet des coûts et des bénéfices que représentent différentes options stratégiques à l'égard du cannabis. Les données

présentées ici éclairent cette discussion en illustrant certains des enjeux complexes qui doivent être pris en considération. Ce sujet est important, car, globalement, les taux de consommation de cannabis ne semblent pas diminuer et pourraient même repartir à la hausse dans certaines populations. Ainsi, parmi les pays ayant produit une estimation récente de prévalence de cette substance (depuis 2013), une majorité a signalé une hausse de sa consommation.

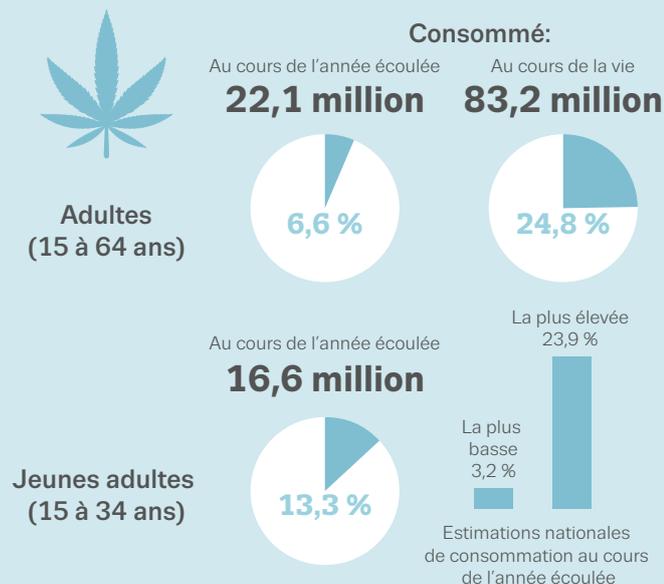
De nouvelles estimations montrent que le cannabis représente la plus grande part (en termes de valeur) du marché des drogues illicites en Europe. Sa production est devenue un générateur de revenus majeur pour la criminalité organisée. L'importation de cannabis de multiples pays producteurs et la production domestique croissante en Europe représentent un défi considérable pour les services répressifs, défi qui vient exercer une forte pression sur des ressources policières et douanières déjà mises à rude épreuve. Les infractions liées au cannabis, qui concernent essentiellement la consommation ou la possession pour usage personnel, constituent également trois quarts environ de l'ensemble des infractions liées à la drogue.

Les coûts sanitaires et sociaux que la consommation de cannabis est susceptible d'engendrer sont également de mieux en mieux appréhendés. Ils sont les plus prononcés chez les consommateurs de longue date et chez ceux qui consomment le plus fréquemment: on estime à environ 1 % la part des adultes européens consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens de cannabis. Les niveaux de teneur en principe actif de l'herbe et de la résine de cannabis sont historiquement élevés, ce qui est préoccupant, car cela peut aggraver le risque que les consommateurs connaissent des problèmes de santé aigus et chroniques. Cette substance est désormais également à l'origine de la majorité des nouvelles admissions en traitement pour consommation de drogue, bien que les données relatives à ces admissions doivent être comprises dans le contexte des filières d'orientation des patients et d'une définition large de ce que l'on entend par «soins» pour cette population. Les politiques développées dans ce domaine doivent aussi intégrer le fait qu'en Europe, contrairement à certaines autres régions du monde, le cannabis est généralement fumé avec du tabac,

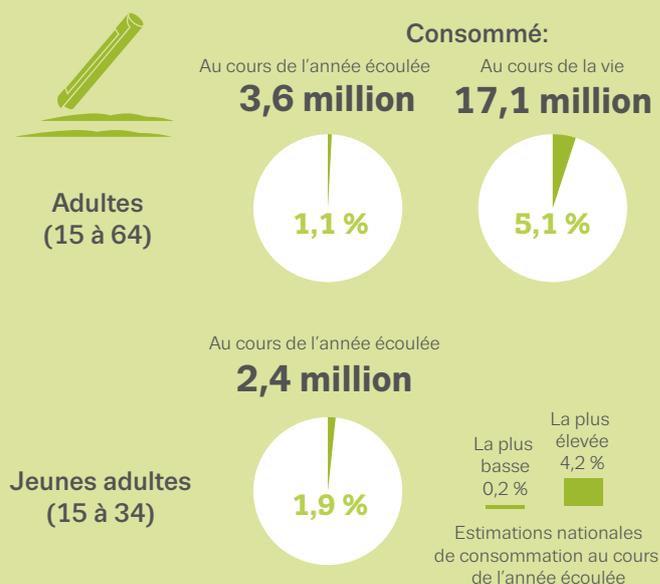
Le cannabis représente la plus grande part (en termes de valeur) du marché des drogues illicites en Europe

EN BREF — ESTIMATIONS RELATIVES À LA CONSOMMATION DE DROGUE DANS L'UNION EUROPÉENNE

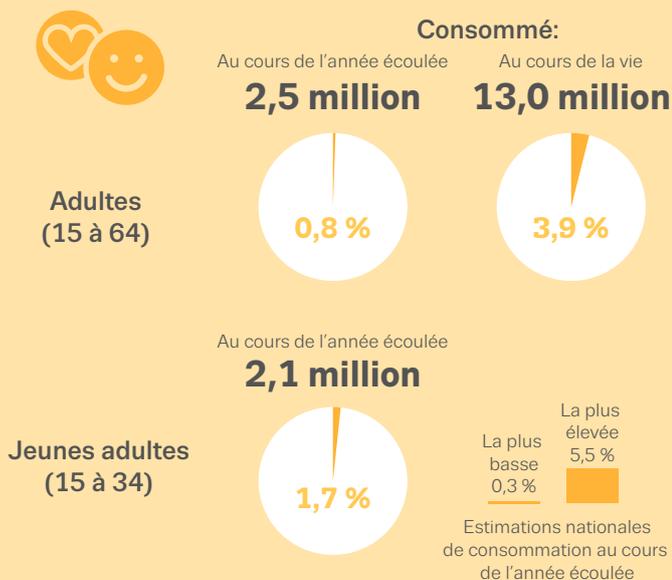
Cannabis



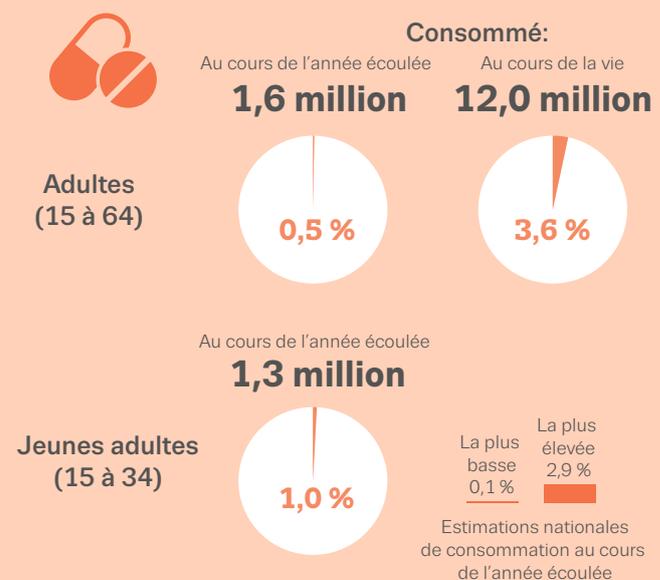
Cocaïne



MDMA



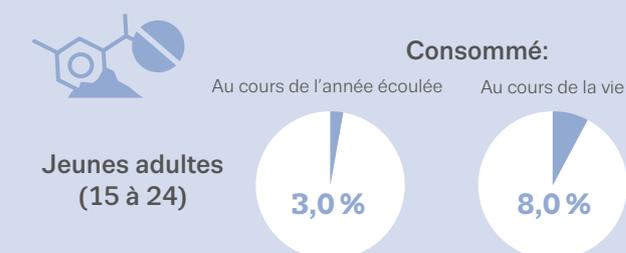
Amphétamines



Opiacés



Nouvelles substances psychoactives



Source: Eurobaromètre Flash 2014 sur les jeunes et la drogue

NB: pour obtenir l'ensemble complet des données ainsi que des informations sur la méthodologie employée, veuillez vous référer au Bulletin statistique en ligne.

raison pour laquelle il est important de créer des synergies entre les politiques de lutte contre le cannabis et les politiques de lutte contre le tabac.

Les cannabinoïdes de synthèse dominent les saisies de nouvelles substances psychoactives

Élaborer des mesures de lutte efficaces contre le marché dynamique et en constante évolution des nouvelles drogues constitue un problème tout aussi épineux pour les politiques antidrogues internationales et européennes. Les informations disponibles concernant la consommation de nouvelles substances psychoactives sont très limitées, mais les 50 000 saisies de ces drogues déclarées en 2014 donnent une idée de leur disponibilité relative. Les cannabinoïdes de synthèse représentent plus de 60 % de celles-ci et cette catégorie de drogues occupe également une place importante parmi les 98 nouvelles substances détectées pour la première fois en 2015 et notifiées dans le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne concernant les nouvelles substances psychoactives. Vingt-cinq d'entre elles étaient des cannabinoïdes de synthèse (des drogues qui agissent sur les mêmes récepteurs cérébraux que le THC, l'un des principaux composés actifs du cannabis naturel). Cependant, d'un point de vue sanitaire, de nombreux cannabinoïdes de synthèse sont nettement plus toxiques et des intoxications de masse, voire des décès, ont été signalés. Le danger de ces substances a été souligné par une alerte lancée par l'EMCDDA en février 2016 concernant le cannabinoïde de synthèse MDMB-CHMICA, une drogue associée à 13 décès et 23 intoxications non mortelles. Cette substance chimique a été décelée dans plus de 20 mélanges à fumer différents et des décès ou des intoxications ont été recensés dans huit pays et pourraient s'être produits dans d'autres. Les consommateurs de ces produits ignorent généralement les substances chimiques qu'ils contiennent.

Des effets indésirables sont également associés à la fois aux stimulants et aux opiacés non réglementés signalés via le système d'alerte précoce. Lutter efficacement et rapidement contre la vente de substances chimiques mal connues, dont certaines s'avèrent par la suite extrêmement toxiques, constitue l'un des défis stratégiques majeurs à relever dans ce domaine. Les jeunes consommateurs peuvent, à leur insu, servir de cobayes humains pour des substances dont les risques potentiels pour la santé sont dans une large mesure inconnus. Un exemple à cet égard est la cathinone de synthèse alpha-PVP, un psychostimulant à forte teneur en principe actif dont les risques ont été évalués en novembre 2015 et qui a été associé à près de 200 intoxications aiguës et à plus de 100 décès en Europe.

Les producteurs de nouvelles substances psychoactives semblent de plus en plus cibler les secteurs plus traditionnels et problématiques du marché de la drogue. Il est ainsi possible de se procurer des opiacés de synthèse non réglementés, susceptibles d'être particulièrement nocifs, notamment des produits de la famille des fentanyl. Un exemple significatif est l'acétylfentanyl, dont l'EMCDDA et Europol ont évalué les risques en 2015. De nouvelles substances psychoactives ont aussi été découvertes dans des produits commercialisés comme substituts de médicaments, par exemple les benzodiazépines, des médicaments qui, quand ils sont détournés de leur usage initial, peuvent être utilisés comme drogues dans certains pays.

Augmentation des décès par surdose: retour de l'héroïne sur le devant de la scène

Cette analyse insiste également sur de nouveaux motifs de préoccupations face à l'augmentation des surdoses associées à l'héroïne et à d'autres opiacés. Prépondérante dans les données sur les surdoses mortelles, l'héroïne est également la drogue illicite la plus citée dans les nouvelles données locales européennes pour les passages aux urgences hospitalières. Les substances à l'origine des urgences liées à la drogue varient considérablement d'une ville à l'autre, le cannabis, la cocaïne et d'autres stimulants occupant une place de choix dans certaines villes. À l'heure actuelle, la collecte de données relatives aux problèmes aigus associés aux drogues n'est pas systématique à l'échelon européen et l'étude pilote réalisée au niveau des villes suggère qu'un suivi régulier serait très utile dans ce domaine afin de mieux comprendre et cerner l'impact de l'émergence des problèmes de drogue.

Plusieurs pays, essentiellement dans le Nord de l'Europe, confrontés de longue date à des problèmes liés aux opiacés, font part d'une récente hausse des décès liés à ces substances. Il est cependant ardu de déterminer quels éléments sont à l'origine des tendances observées dans ce domaine. Parmi les explications possibles figurent une augmentation de la disponibilité de l'héroïne, la pureté croissante des produits proposés, la cohorte vieillissante et plus vulnérable des consommateurs et l'évolution des habitudes de consommation de drogue (notamment la consommation d'opiacés de synthèse et de médicaments). L'évolution des pratiques de signalement peut également s'ajouter à ces éléments. Les données concernant l'offre, y compris la hausse des estimations de la production d'héroïne en Afghanistan, l'augmentation du volume des saisies d'héroïne et l'élévation des niveaux de pureté, vont toutes dans le sens d'une possible augmentation de la disponibilité. Toutefois, il n'existe actuellement aucune

donnée probante d'une nouvelle hausse de la consommation d'héroïne, les admissions en traitement pour usage de cette drogue étant en baisse ou stables et les surdoses restant avant tout un problème parmi les consommateurs d'opiacés les plus âgés. Néanmoins, de légères hausses du nombre de décès par surdose ayant été observées dans les groupes plus jeunes de certains pays, il convient d'y accorder une attention redoublée.

La consommation d'opiacés de synthèse: une source de préoccupation

Les opiacés de synthèse et les médicaments semblent aussi jouer un rôle important dans les décès liés à la drogue dans certaines régions d'Europe. Les benzodiazépines et d'autres médicaments détournés de leur usage initial ou thérapeutiques, volés au corps médical ou obtenus de sources non autorisées suscitent des inquiétudes, mais le rôle que ces drogues jouent dans les décès par surdose en Europe reste mal compris. Davantage de données sont disponibles sur les opiacés de synthèse. S'agissant essentiellement mais pas exclusivement de médicaments utilisés comme traitements de substitution, ces produits occupent une place plus importante dans les données relatives aux décès liés à la drogue dans certains pays, tandis qu'une augmentation des demandes de traitement relatives à ces substances a également été observée. Compte tenu des graves problèmes de santé publique auxquels l'Amérique du Nord et d'autres pays sont confrontés du fait de l'usage détourné de médicaments à base d'opiacés, une surveillance renforcée visant à détecter tout problème en train de s'aggraver dans ce domaine au niveau européen se justifie. De plus, et comme cela est indiqué dans ce rapport, les cadres réglementaires et les recommandations cliniques peuvent jouer un rôle positif pour réduire le risque de détournement de médicaments de leurs usages thérapeutiques.

Nouvelles options pharmacologiques pour réduire les risques posés par la drogue

De nouvelles options pharmacologiques susceptibles d'accroître les possibilités de réduire certains des problèmes liés à la consommation de drogue devraient apparaître au cours des prochaines années. Le présent rapport met en évidence deux domaines dans lesquels de nouveaux traitements et des méthodes de distribution innovantes sont en train d'être introduits. Dans le cadre de programmes communautaires ou de programmes destinés aux usagers de drogue sortant de prison, plusieurs pays de l'Union européenne fournissent aux consommateurs

d'opiacés de la naloxone, un antidote qui permet de stopper le processus de la surdose, l'objectif étant de réduire le nombre de décès par surdose. À terme, la généralisation de la prise de naloxone à domicile en Europe est vraisemblable compte tenu du développement de préparations à administrer par voie nasale, comme celle dont la vente en pharmacie a été récemment approuvée aux États-Unis. De nouveaux médicaments offrant davantage de possibilités de traiter les infections par le virus de l'hépatite C chez les injecteurs actifs, notamment ceux fréquentant les structures de soins en lien avec leur consommation de drogue font aussi leur apparition. Si de nouveaux traitements ont un potentiel significatif pour améliorer la situation sanitaire dans le domaine de la drogue, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de réduire les obstacles à leur utilisation et de garantir des ressources suffisantes pour répondre aux besoins de traitement.

Les marchés de la drogue en ligne: nouvelles menaces et nouvelles possibilités

Comment réagir face à Internet, qui joue un rôle tant de moyen de communication que de source émergente d'offre de drogue? Voilà un nouveau défi de taille pour la politique antidrogue. Si l'attention s'est essentiellement concentrée sur la menace que constituent les marchés des *darknets* (réseaux clandestins non référencés), il est également nécessaire de comprendre le rôle croissant que jouent les sites web visibles, en particulier dans l'offre de médicaments de contrefaçon et de nouvelles substances psychoactives, ainsi que les applications des réseaux sociaux pour les échanges de pair-à-pair. Des plateformes en ligne donnent aussi des possibilités d'engager des activités de prévention, de traitement et de réduction des risques, lesquelles, toutefois, sont souvent négligées.

L'offre de drogue par des intermédiaires en ligne semble en augmentation, même si l'on part de chiffres très faibles et le potentiel d'expansion de l'offre de drogue en ligne semble considérable. De plus, l'évolution rapide dans ce domaine, mue par l'utilisation croissante d'Internet, le déploiement de nouvelles techniques de paiement, les innovations dans le domaine du cryptage et les nouvelles options disponibles pour la création de marchés en ligne distribués compliquent la tâche de la société, qui a bien du mal à suivre le rythme. Comment réagir au mieux face à ce nuage de plus en plus menaçant qui se profile à l'horizon, et comment exploiter pleinement les possibilités offertes par ce support pour réduire les problèmes de drogue? Voilà des questions qui seront probablement cruciales pour le futur agenda politique européen.

1

**Dans le contexte mondial,
l'Europe représente un marché
important pour les drogues**

L'offre de drogue et le marché

Dans le contexte mondial, l'Europe représente un marché important pour les drogues, soutenu à la fois par la production domestique et par les drogues issues de trafics en provenance d'autres régions du monde. L'Amérique du Sud, l'Asie occidentale et l'Afrique du Nord sont des régions productrices majeures des drogues illicites qui entrent en Europe, tandis que la Chine et l'Inde sont des pays producteurs de nouvelles substances psychoactives. En outre, certaines drogues et certains précurseurs transitent par l'Europe avant d'être acheminés vers d'autres continents. L'Europe est aussi une région productrice de cannabis et de drogues de synthèse, le cannabis étant essentiellement produit pour la consommation locale, tandis que certaines drogues de synthèse sont fabriquées en vue d'être exportées vers d'autres parties du monde.

Des marchés conséquents existent pour le cannabis, l'héroïne et les amphétamines dans de nombreux pays européens depuis les années 70 et 80. Au fil du temps, d'autres substances se sont imposées, dont la MDMA/ecstasy, dans les années 90, et la cocaïne, dans les années 2000. Le marché européen continue d'évoluer, la dernière décennie ayant vu l'émergence d'une large gamme de nouvelles substances psychoactives. Au nombre des changements récemment intervenus sur le marché des drogues illicites, dans une large mesure liés à la mondialisation et aux nouvelles technologies, figurent l'innovation en matière de production de drogues et de méthodes de trafic et l'ouverture de nouveaux itinéraires de trafic.

Les mesures adoptées pour lutter contre l'offre de drogue requièrent des actions de la part des acteurs gouvernementaux et des services répressifs et sont souvent impossibles à appliquer en l'absence de coopération internationale. Au niveau de l'Union européenne, les efforts sont coordonnés grâce à la stratégie antidrogue de l'UE et à ses plans d'action, ainsi qu'à son cycle politique pour lutter contre la grande criminalité organisée. L'approche adoptée par les pays à l'égard de ce phénomène se reflète dans leurs stratégies et législations nationales en matière de drogue. Les données relatives aux arrestations et aux saisies constituent actuellement les indicateurs les mieux documentés des efforts déployés afin de rompre la chaîne de l'offre de drogue.

| Valeur estimée des marchés des drogues illicites

Les marchés des drogues illicites sont des systèmes de production et de distribution complexes qui génèrent

Suivi des marchés de la drogue, de l'offre et des législations

L'analyse présentée dans ce chapitre s'appuie sur les données communiquées relatives aux saisies de drogues et de précurseurs de drogues, à l'interception de cargaisons, au démantèlement d'unités de production, aux infractions liées à la drogue, aux prix de détail des substances, à leur pureté et à leur teneur en principe actif. Dans certains cas, l'absence de données sur les saisies pour des pays clés rend l'analyse des tendances difficile. Des séries de données complètes et des notes méthodologiques sont disponibles dans le bulletin statistique en ligne. Il convient de noter que les tendances peuvent être influencées par divers facteurs, au nombre desquels figurent les habitudes et les préférences des consommateurs, les évolutions de la production et du trafic, les niveaux d'activité des services répressifs et l'efficacité des mesures d'interdiction.

Ce chapitre présente également les données relatives aux signalements et aux saisies de nouvelles substances psychoactives notifiées au système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne par les partenaires nationaux de l'EMCDDA et Europol. Ces informations étant extraites de rapports spécifiques plutôt que de systèmes d'observation régulière, les estimations basées sur les saisies représentent un minimum. Les données seront influencées par des facteurs tels qu'une meilleure connaissance de ces substances, l'évolution de leur statut juridique et les pratiques de signalement des services répressifs. Une description complète du système d'alerte précoce est disponible sur le site web de l'EMCDDA sous la rubrique Action on new drugs (Actions relatives aux nouvelles drogues).

Des informations complémentaires sur les législations et politiques antidrogues européennes sont disponibles sur le site web de l'EMCDDA.

d'importantes sommes d'argent à divers niveaux. Une estimation prudente évalue le marché de détail des drogues illicites dans l'Union européenne à 24,3 milliards d'EUR en 2013 (fourchette probablement comprise entre 21 et 31 milliards d'EUR). Les produits du cannabis constituent l'essentiel du marché des drogues illicites en Europe, leur valeur au détail étant estimée à 9,3 milliards d'EUR (fourchette probablement comprise entre 8,4 et 12,9 milliards d'EUR) soit environ 38 % du marché total. Ils

sont suivis par l'héroïne, dont la valeur est estimée à 6,8 milliards d'EUR (6,0 à 7,8 milliards d'EUR) (28 %) et par la cocaïne, avec une valeur estimée à 5,7 milliards d'EUR (4,5 à 7,0 milliards d'EUR) (24 %). Les amphétamines représentent une part plus modeste du marché, estimée à 1,8 milliard d'EUR (1,2 à 2,5 milliards d'EUR) (8 %), devant la MDMA/ecstasy, dont la valeur atteint près de 0,7 milliard d'EUR (0,61 à 0,72 milliard) (3 %). Ces estimations reposant sur des données très limitées, il a été nécessaire de formuler des hypothèses assez approximatives; elles doivent donc être considérées comme une base minimale qui devra être révisée à mesure que les informations sur lesquelles elle repose s'affineront.

Nouvelles méthodes d'approvisionnement: les marchés de la drogue en ligne

Si les marchés des drogues illicites ont, pendant très longtemps, occupé des lieux physiques, cette dernière décennie a vu l'émergence des nouvelles technologies internet qui ont facilité le développement de marchés en ligne. Les marchés de la drogue peuvent être actifs sur le web visible, généralement dans la vente au détail de précurseurs non réglementés, de nouvelles substances psychoactives ou de médicaments falsifiés ou contrefaits. Ils peuvent également intervenir sur le web invisible, par l'intermédiaire de marchés des *darknets* ou de cryptomarchés, tels qu'AlphaBay ou le défunt Silk Road. Les produits du cannabis et la MDMA sont considérés comme les drogues illicites les plus fréquemment proposées à la vente sur les marchés des *darknets*, parallèlement à divers médicaments.

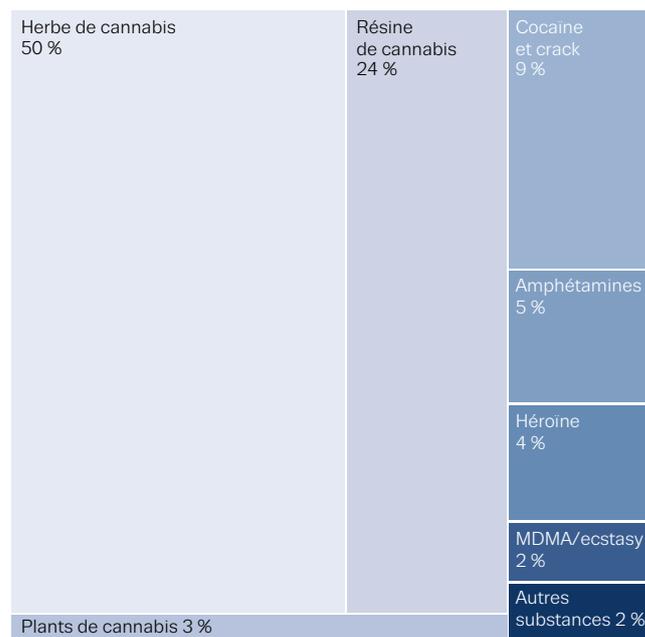
Un marché du *darknet* est une plate-forme de vente ou un marché en ligne soutenu par des technologies qui protègent la confidentialité. Il rassemble des fournisseurs qui proposent essentiellement des biens et des services illicites à la vente. Ces marchés possèdent de nombreuses caractéristiques similaires à celles de marchés tels qu'eBay et Amazon et les clients peuvent y effectuer des recherches et comparer les produits et les fournisseurs. Diverses stratégies sont utilisées pour masquer les transactions et l'emplacement physique des serveurs. Parmi celles-ci figurent des services d'anonymisation tels que Tor (*The Onion Router*), qui masque l'adresse IP d'un

**Les produits du cannabis
constituent l'essentiel du
marché des drogues illicites**

FIGURE 1.1

ordinateur, des crypto-monnaies décentralisées et dont l'origine est relativement impossible à établir, comme le bitcoin et le litecoin, pour effectuer les paiements, et des communications cryptées entre les acteurs du marché. Les systèmes de réputation jouent également un rôle dans la régulation des fournisseurs sur les marchés. Parmi les évolutions récentes figurent le renforcement de la sécurité afin d'empêcher les fournisseurs de se livrer à des escroqueries, via notamment l'utilisation de systèmes de dépôt conditionnel sophistiqués, et la décentralisation des plates-formes de marché pour échapper aux services répressifs. À l'heure actuelle, ces marchés représenteraient une petite part du commerce des drogues illicites et bon nombre des transactions se dérouleraient au niveau des consommateurs. Cependant, le commerce des drogues en ligne peut encore s'étendre.

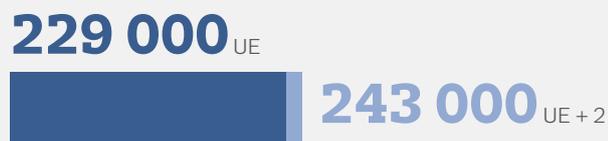
Nombre de saisies de drogue déclarées, ventilées par drogue, en 2014



CANNABIS

Résine

Nombre de saisies



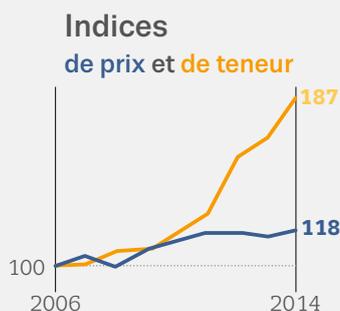
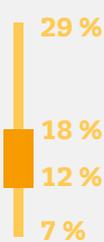
Quantités saisies



Prix (EUR/g)



Teneur (% THC)



Herbe

Nombre de saisies



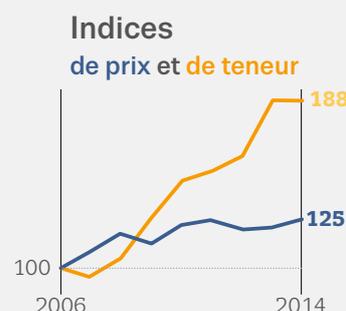
Quantités saisies



Prix (EUR/g)



Teneur (% THC)

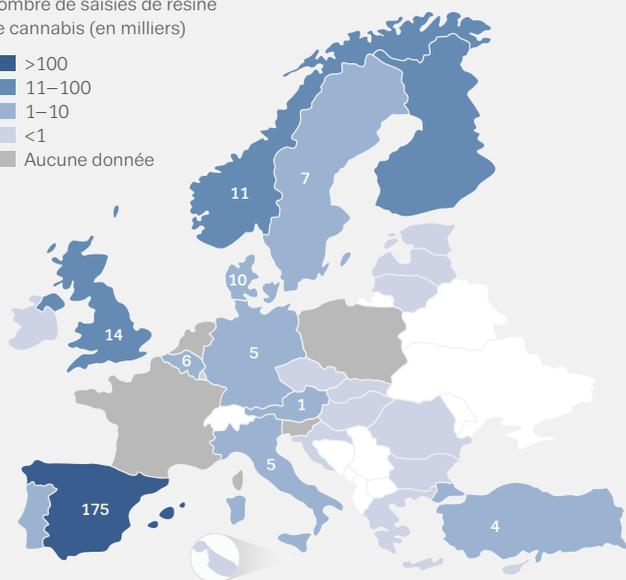


UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et teneur des produits à base de cannabis: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

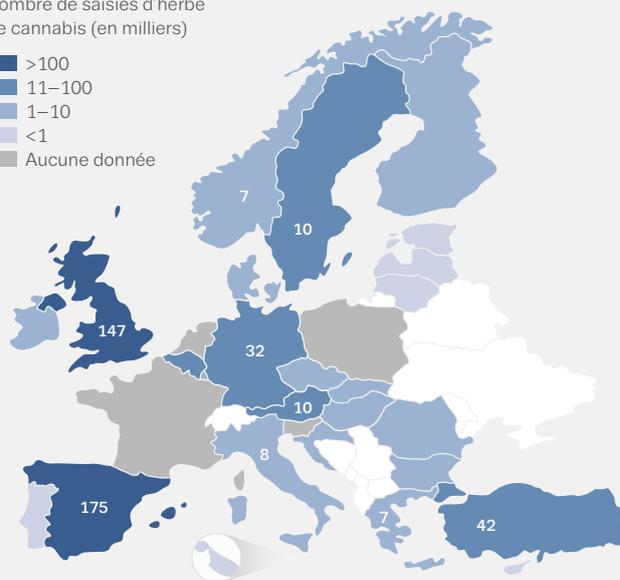
FIGURE 1.2

Saisies de résine et d'herbe de cannabis, en 2014 ou année la plus récente

Nombre de saisies de résine de cannabis (en milliers)

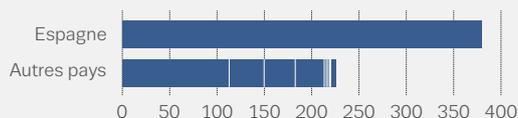


Nombre de saisies d'herbe de cannabis (en milliers)

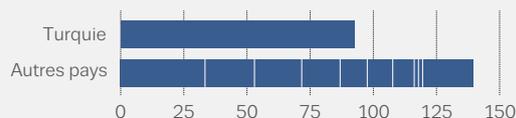


NB: nombre de saisies dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Quantité de résine de cannabis saisie (en tonnes)



Quantité d'herbe de cannabis saisie (en tonnes)



Saisies de drogues: prédominance du cannabis

Plus d'un million de saisies de drogues illicites sont déclarées chaque année en Europe. Dans la plupart des cas, il s'agit de petites quantités confisquées à des usagers, bien que ce chiffre total comprenne aussi des colis de plusieurs kilos saisis aux trafiquants et aux producteurs.

La plupart des saisies effectuées en Europe (plus de trois quarts d'entre elles, soit 78 %) concernent le cannabis (figure 1.1), ce qui traduit sa prévalence d'usage relativement élevée. La cocaïne arrive en deuxième position (9 %) tandis que des proportions plus modestes d'amphétamines (5 %), d'héroïne (4 %) et de MDMA (2 %) sont saisies.

En 2014, environ 60 % de toutes les saisies déclarées dans l'Union européenne l'ont été par deux pays seulement, l'Espagne et le Royaume-Uni, bien que des chiffres considérables aient également été communiqués par la Belgique, l'Allemagne et l'Italie. Il convient en outre de noter qu'aucune donnée récente sur le nombre de saisies n'est disponible pour la France et les Pays-Bas (pays qui ont déclaré un grand nombre de saisies par

le passé) ni pour la Finlande et la Pologne. L'absence de telles données ajoute une part d'incertitude dans l'analyse figurant dans le présent rapport. De plus, la Turquie occupe une place majeure en termes de saisies de drogue, certaines drogues interceptées étant destinées à la consommation dans d'autres pays, tant en Europe qu'au Moyen-Orient, ainsi qu'à la consommation locale.

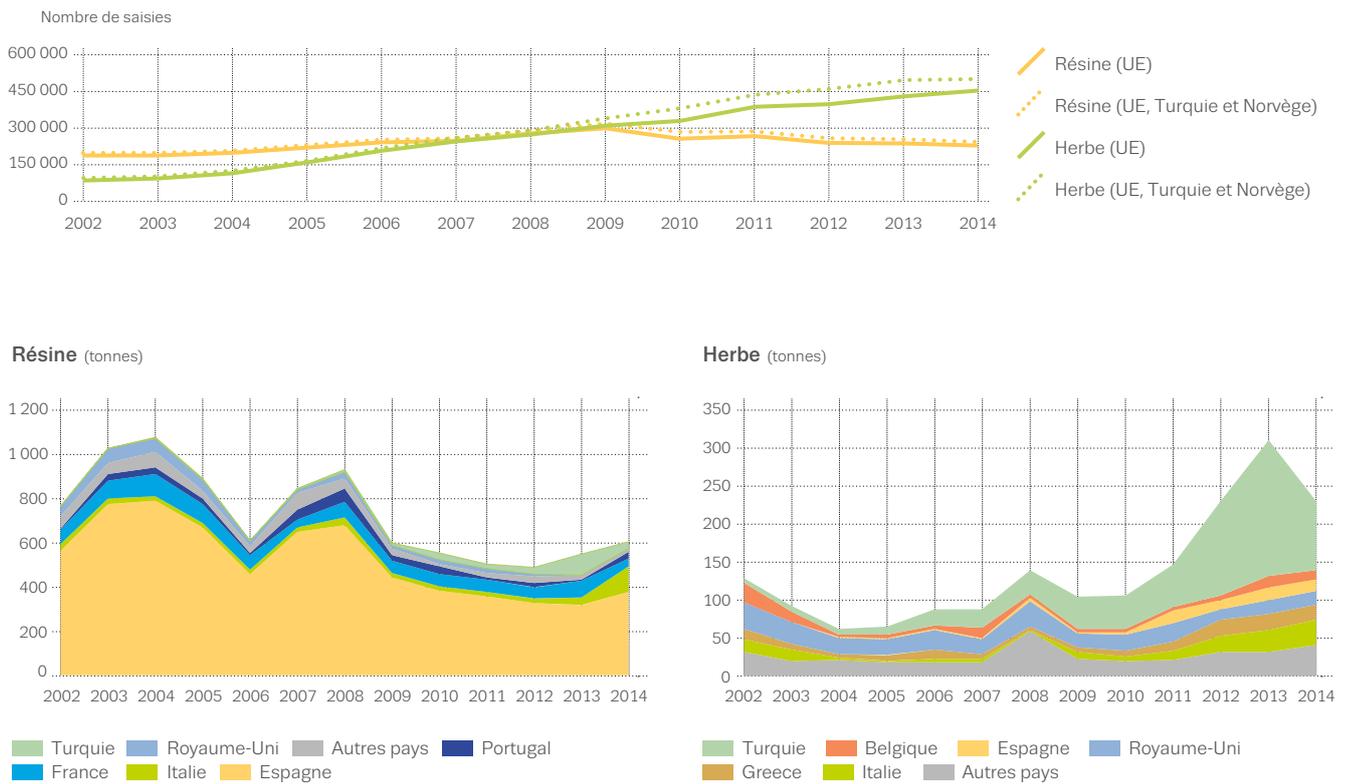
Cannabis: des produits diversifiés

L'herbe de cannabis (marijuana) et la résine de cannabis (haschisch) sont les deux principaux produits du cannabis présents sur le marché européen des drogues. L'herbe consommée en Europe est tantôt cultivée localement, tantôt importée de pays extérieurs. Celle qui est produite en Europe est essentiellement cultivée en intérieur (*indoors*), tandis qu'une grande partie de la résine de cannabis est importée du Maroc par bateau ou par avion.

En 2014, 682 000 saisies de cannabis ont été déclarées dans l'Union européenne (453 000 d'herbe et 229 000 de résine). Par ailleurs, 33 000 saisies de plants de cannabis ont également été déclarées. Néanmoins, la quantité de résine de cannabis saisie dans l'Union européenne

FIGURE 1.3

Évolution du nombre de saisies de cannabis et des quantités saisies: résine et herbe



demeure bien supérieure à la quantité d'herbe de cannabis saisie (574 tonnes contre 139 tonnes). Cela tient en partie au fait que la résine de cannabis transportée en grosses quantités sur de longues distances à travers les frontières nationales est donc plus susceptible d'être interceptée. Dans l'analyse de la quantité de cannabis saisie, un petit nombre de pays occupent une place disproportionnée en raison de leur emplacement sur les grands axes de trafic. L'Espagne, par exemple, en tant que point d'entrée majeur de la résine de cannabis produite au Maroc, a déclaré environ deux tiers de la quantité totale saisie en Europe en 2014 (figure 1.2). Ces dernières années, la Turquie a, quant à elle, déclaré des saisies d'herbe de cannabis plus importantes que n'importe quel autre pays européen.

Des saisies d'autres produits du cannabis ont aussi été déclarées dans l'Union européenne, dont environ 200 saisies d'huile de cannabis.

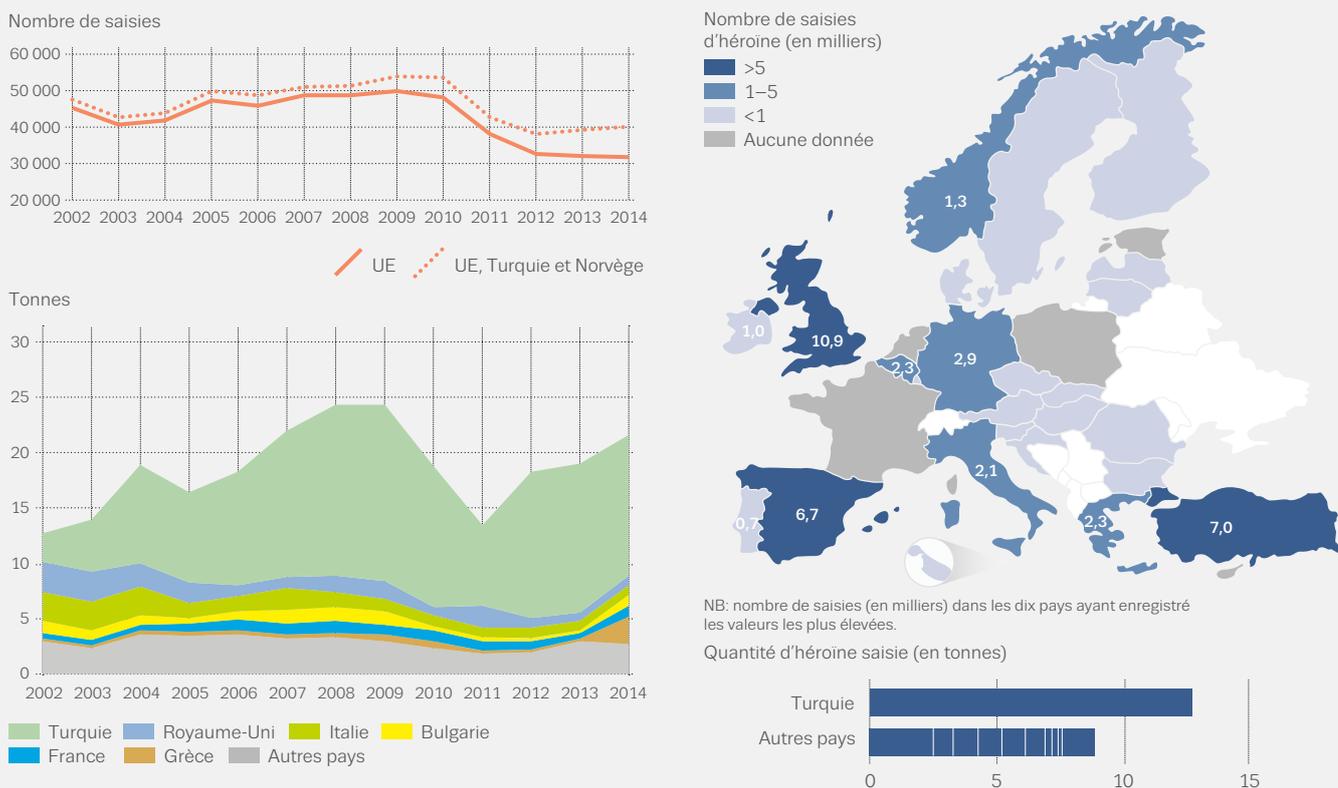
Depuis 2009, le nombre de saisies d'herbe de cannabis en Europe dépasse celui des saisies de résine et l'écart continue de se creuser (figure 1.3). Au cours de la même période, la quantité d'herbe de cannabis saisie a continué d'augmenter dans l'Union européenne. Les données les plus récentes disponibles indiquent que la quantité de résine saisie a augmenté dans l'Union européenne, tandis qu'une chute brutale des saisies d'herbe a été observée en Turquie.

Les saisies de plants de cannabis peuvent être considérées comme un indicateur de la production de cette drogue dans un pays. Cependant, en raison des difficultés méthodologiques rencontrées, les données à ce sujet doivent être considérées avec prudence. Il n'en demeure pas moins que le nombre de plants saisis a plus que doublé, passant de 1,5 million en 2002 à 3,4 millions en 2014.

L'analyse des tendances parmi les pays qui procèdent à des notifications systématiques montre une augmentation majeure de la teneur en principe actif (tétrahydrocannabinol, THC) pour l'herbe comme pour la résine de cannabis entre 2006 et 2014, une hausse peut-être due à l'émergence de techniques de production intensive en Europe et, plus récemment, à l'introduction de plants à forte teneur en principe actif au Maroc.

FIGURE 1.4

Nombre de saisies d'héroïne et quantités saisies: tendances et données 2014 ou année la plus récente



| Opiacés: un marché en évolution?

L'héroïne est l'opiacé le plus répandu sur le marché européen des drogues. Historiquement, deux formes d'héroïne importée sont disponibles en Europe, la plus courante étant l'héroïne brune (forme chimique «base»), produite essentiellement en Afghanistan. L'héroïne blanche (forme chlorhydrate) qui est, quant à elle, beaucoup plus rare et qui provenait généralement d'Asie du Sud-Est, peut désormais être également produite en Afghanistan ou dans les pays voisins. Parmi les autres opiacés saisis par les services répressifs dans les pays européens en 2014 figuraient l'opium et les médicaments opiacés: morphine, méthadone, buprénorphine haut dosage, tramadol et fentanyl. Certains opiacés utilisés à des fins thérapeutiques ont été détournés du système de distribution pharmaceutique légal, tandis que d'autres sont produits spécialement pour le marché illicite.

L'Afghanistan reste le premier producteur d'opium illicite au monde. On estime que la majeure partie de l'héroïne consommée en Europe est fabriquée dans ce pays ou en Iran et au Pakistan voisins. Historiquement, la production d'opiacés en Europe se limite aux produits artisanaux à base de pavot fabriqués dans certains pays orientaux. Cependant, la découverte de deux laboratoires transformant la morphine en héroïne en Espagne et d'un autre en

République tchèque en 2013/2014 indique que l'héroïne peut désormais être également fabriquée en Europe.

Il existe quatre voies d'acheminement de l'héroïne en Europe, les deux plus importantes étant la «route des Balkans» et la «route du Sud». Le premier itinéraire passe par la Turquie pour arriver dans les pays des Balkans (Bulgarie, Roumanie ou Grèce) et continue vers l'Europe centrale, méridionale et occidentale. Une ramification de la route des Balkans impliquant la Syrie et l'Iraq a récemment fait son apparition. Quant à la route du Sud, elle semble avoir gagné en importance ces dernières années. Des cargaisons d'héroïne provenant d'Iran ou du Pakistan l'empruntent pour pénétrer en Europe par avion ou par bateau, soit directement, soit en transitant par l'Afrique occidentale, méridionale ou orientale. La «route du Nord» ainsi qu'une nouvelle voie de trafic d'héroïne, qui semble se développer dans le Sud du Caucase et dans la mer Noire, constituent actuellement d'autres itinéraires moins importants.

Après une décennie de relative stabilité, les marchés de plusieurs pays européens ont vu l'offre d'héroïne reculer en 2010/2011, ce qui ressort clairement des données relatives aux saisies qui ont diminué dans l'Union européenne, passant de 50 000 saisies environ en 2009 à 32 000 en 2014. La quantité d'héroïne saisie dans l'Union européenne

a connu une diminution durable, passant de 10 tonnes en 2002 à 5 tonnes en 2012, avant une reprise marquée à 8,9 tonnes en 2014. Cette inversion de la tendance est due à une augmentation des saisies de grandes quantités (plus de 100 kg), plusieurs pays ayant enregistré des saisies d'héroïne record en 2013 ou 2014. La Grèce, en particulier, et la Bulgarie, dans une moindre mesure, ont déclaré d'importantes augmentations des quantités d'héroïne saisies dans les données les plus récentes analysées. Depuis 2003, la Turquie saisit beaucoup plus d'héroïne que n'importe quel pays de l'Union européenne, avec environ 13 tonnes en 2014 (figure 1.4).

Parmi les pays qui effectuent des notifications systématiques, les tendances semblent indiquer une amélioration de la pureté de l'héroïne en Europe en 2014, élément qui, conjugué à l'augmentation des quantités saisies et à d'autres évolutions, peut laisser entrevoir une éventuelle hausse de la disponibilité de cette drogue.

Le marché européen des stimulants: fracture géographique

Divers stimulants illicites sont disponibles sur le marché des drogues de l'Union européenne, le stimulant le plus couramment saisi différant d'une région à l'autre (figure 1.5). Ces différences reflètent dans une large mesure le lieu d'implantation des grandes installations de production ainsi que les ports d'entrée et les itinéraires de trafic. La cocaïne, par exemple, est le stimulant le plus fréquemment saisi dans de nombreux pays occidentaux et méridionaux, ce qui est l'exact reflet des points d'entrée de

FIGURE 1.5

Stimulants les plus fréquemment saisis en Europe, en 2014 ou données les plus récentes



la drogue en Europe. Les saisies d'amphétamines sont prédominantes en Europe septentrionale et centrale, la méthamphétamine étant le stimulant le plus fréquemment saisi en République tchèque, en Slovaquie, en Lettonie et en Lituanie. La MDMA, quant à elle, est le stimulant le plus couramment saisi en Roumanie et en Turquie.

HÉROÏN

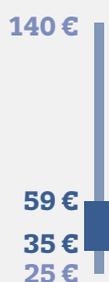
Nombre de saisies



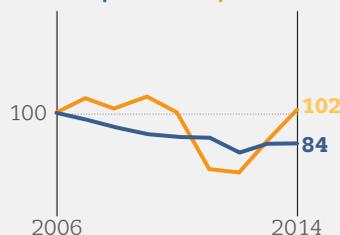
Quantités saisies



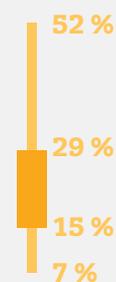
Prix (EUR/g)



Indices de prix et de pureté



Pureté (%)



UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de l'«héroïne brune»: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

Cocaïne: stabilisation du marché

Deux formes de cocaïne sont disponibles en Europe, dont la plus commune est la cocaïne poudre (forme chlorhydrate, HCl). Le crack, plus rare, est une forme à fumer (freebase). La cocaïne est une substance extraite des feuilles de coca. Elle est produite presque exclusivement en Bolivie, en Colombie et au Pérou, d'où elle est expédiée par avion et par bateau vers l'Europe. Les méthodes utilisées pour la transporter vers l'Europe sont particulièrement diversifiées: transport aérien par vols commerciaux, fret aérien, envoi rapide de colis par services de messagerie et postaux et aéronefs privés, entre autres. Par mer, d'importantes cargaisons de cocaïne peuvent être passées en contrebande sur des yachts privés et dans des conteneurs maritimes. L'Espagne, la Belgique, les Pays-Bas (sur la base des données de 2012), la France et l'Italie totalisent 84 % des 61,6 tonnes saisies en 2014 (selon les estimations) (figure 1.6).

En 2014, quelque 78 000 saisies de cocaïne ont été signalées dans l'Union européenne. La situation est relativement stable depuis 2010, bien que le nombre et les quantités saisies soient nettement inférieurs aux chiffres enregistrés lors des années record (voir figure 1.6). Si l'Espagne continue d'enregistrer les saisies de cocaïne les plus importantes, on constate une diversification des itinéraires de trafic en Europe, des saisies ayant été récemment signalées dans certains ports de l'Est de la Méditerranée, de la mer Baltique et de la mer Noire. Dans l'ensemble, l'augmentation de la pureté de la cocaïne observée ces dernières années semble s'être désormais stabilisée.

Précurseurs chimiques: augmentation de l'usage de substances non réglementées

Les précurseurs chimiques sont essentiels à la fabrication des stimulants et autres drogues de synthèse. Leur disponibilité a une incidence majeure sur le marché ainsi que sur les méthodes de production utilisées dans les laboratoires clandestins. Comme beaucoup d'entre eux ont des usages licites, les réglementations européennes classifient certains produits chimiques et leur commerce est suivi de près. Les producteurs de drogues de synthèse cherchent à réduire l'impact des contrôles au minimum en recourant à des produits chimiques non réglementés pour produire des précurseurs. Cependant, cette approche peut également accroître le risque de détection, étant donné que de plus grandes quantités de produits chimiques sont nécessaires et que davantage de déchets sont produits.

Les données des États membres sur les saisies et les cargaisons de précurseurs de drogues interceptées confirment l'usage ininterrompu tant des substances classifiées que de substances non réglementées pour la production de drogues illicites dans l'Union européenne, en particulier pour les amphétamines et la MDMA (tableau 1.1). En 2014, les saisies du pré-précurseur du BMK, l'APAAN (alpha-phénylacétoacétonitrile), sont tombées à 6 062 kg, contre 48 802 kg en 2013. Cette réduction massive résulte probablement de la classification de cette substance par la législation européenne en décembre 2013. Cependant, la persistance de la présence de MDMA sur le marché, conjuguée à la diminution des saisies de son précurseur, le safrole, de 13 837 litres en 2013 à zéro en 2014, laisse à penser que

COCAÏNE

Nombre de saisies



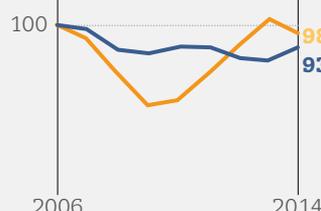
Quantités saisies



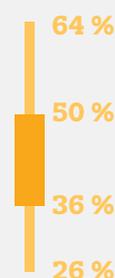
Prix (EUR/g)



Indices de prix et de pureté



Pureté (%)



UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de la cocaïne: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.6

Nombre de saisies de cocaïne et quantités saisies: tendances et données 2014 ou année la plus récente

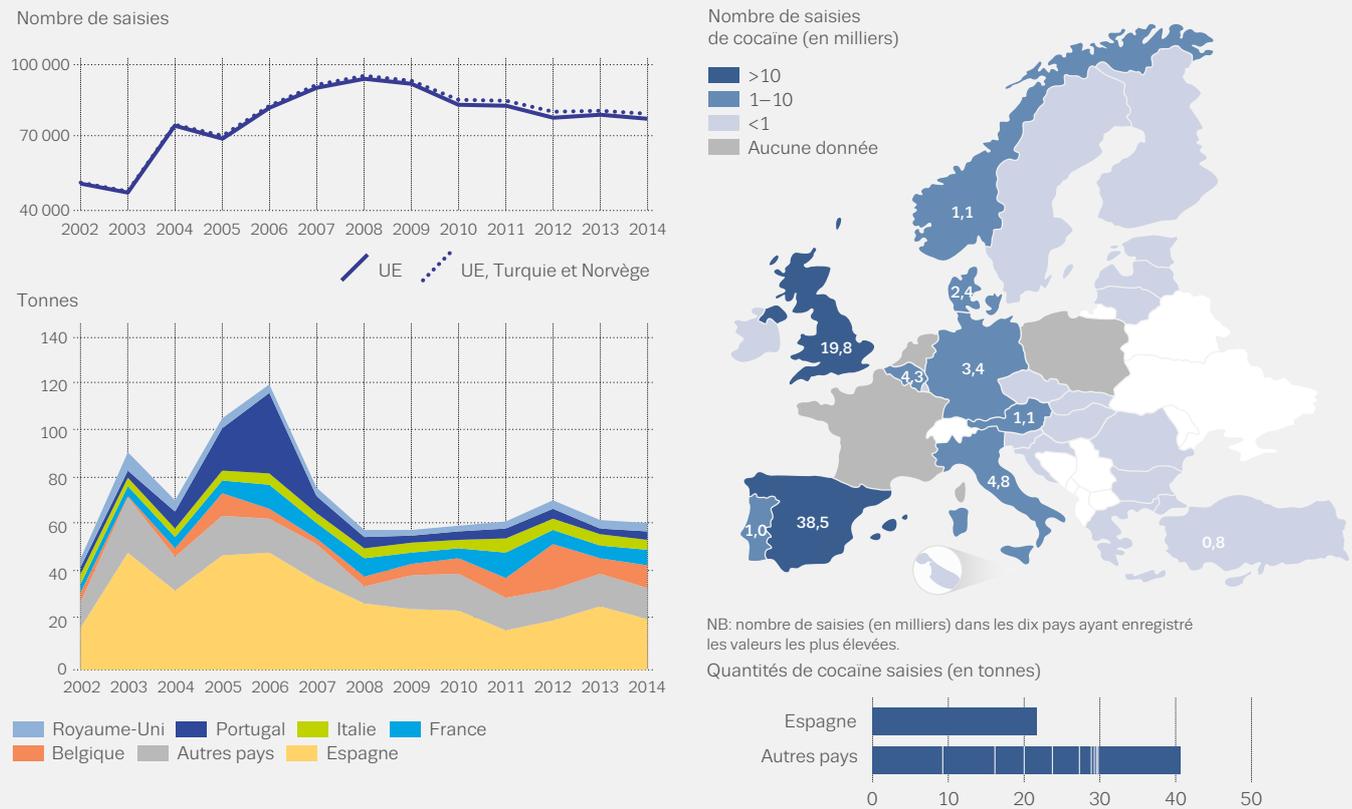


TABLEAU 1.1

Synthèse des saisies et cargaisons interceptées de précurseurs utilisés dans la fabrication de certaines drogues de synthèse en Europe, 2014

Précurseur/pré-précurseur	Saisies		Cargaisons interceptées ⁽¹⁾		TOTAUX	
	Cas	Quantités	Cas	Quantités	Cas	Quantités
MDMA ou substances apparentées						
PMK (en litres)	1	5	0	0	1	5
Safrole (en litres)	0	0	2	1 050	2	1 050
Pipéronal (en kg)	3	5	4	2 835	7	2 840
Dérivés glycidiques du PMK (en kg)	6	5 575	1	1 250	7	6 825
Amphétamine et méthamphétamine						
BMK (en litres)	14	2 353	0	0	14	2 353
APA, acide phénylacétique (en kg)	1	100	2	190	3	290
Éphédrine, en vrac (en kg)	19	31	1	500	20	531
Pseudo-éphédrine, en vrac (en kg)	8	12	0	0	8	12
APAAN (kg)	18	6 062	1	5 000	19	11 062

(¹) Une cargaison «interceptée» est une cargaison qui a été refusée, suspendue ou volontairement retirée par l'exportateur en raison d'une suspicion de détournement à des fins illicites.

d'autres précurseurs sont utilisés. Les saisies de pré-précurseurs de la MDMA non réglementés, notamment le PMK glycidate, ont augmenté en 2014.

Amphétamine et méthamphétamine

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants de synthèse étroitement apparentés, connus sous l'appellation générique d'amphétamines, qui sont difficilement différenciables dans certaines séries de données. De ces deux substances, l'amphétamine a toujours été la plus répandue en Europe, mais ces dernières années, de plus en plus de signalements font état de la disponibilité de méthamphétamine sur le marché.

Les deux drogues sont synthétisées en Europe pour un usage domestique. Une certaine quantité d'amphétamine et de méthamphétamine est également produite pour être exportée, principalement vers le Moyen-Orient, où il existe un marché pour les comprimés de «Captagon» (qui contiennent, semble-t-il, des amphétamines), l'Extrême-Orient et l'Océanie. L'Europe constitue aussi une plaque tournante de transit pour le trafic de la méthamphétamine en provenance d'Afrique de l'Ouest et d'Iran vers les marchés du Moyen-Orient. La production d'amphétamine se concentre principalement en Belgique, aux Pays-Bas, en Pologne, en Allemagne et, dans une moindre mesure, dans les États baltes. La phase finale de la production s'est récemment délocalisée et plusieurs pays font à présent état de conversion d'huile d'amphétamine base en sulfate d'amphétamine sur leurs territoires.

AMPHÉTAMINES

Amphétamine

Nombre de saisies



Quantités saisies



Prix (EUR/g)



Pureté (%)



Indices de prix et de pureté



Méthamphétamine

Nombre de saisies



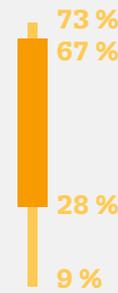
Quantités saisies



Prix (EUR/g)



Pureté (%)



UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté des amphétamines: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur. Aucune tendance n'est disponible pour la méthamphétamine.

FIGURE 1.7

Nombre de saisies d'amphétamine et quantités saisies: tendance et données 2014 ou année la plus récente

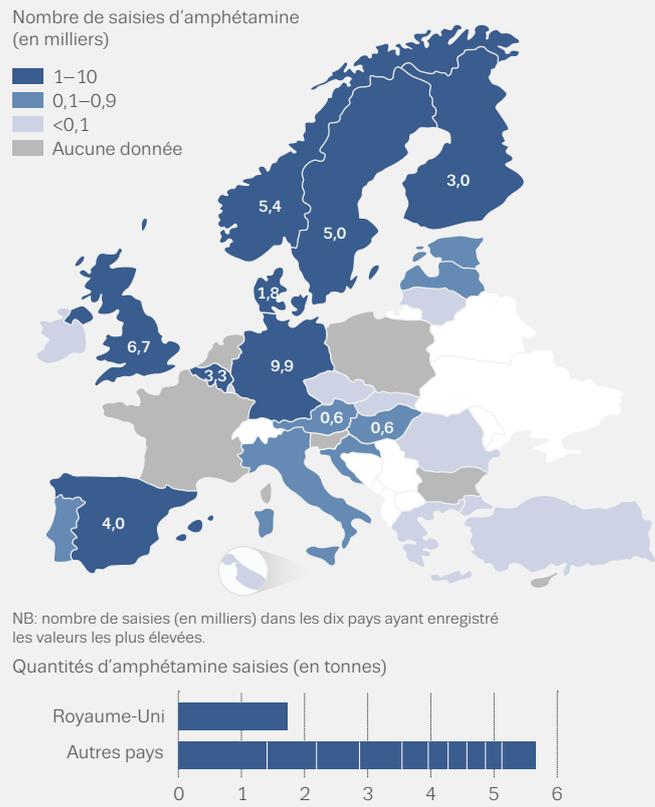
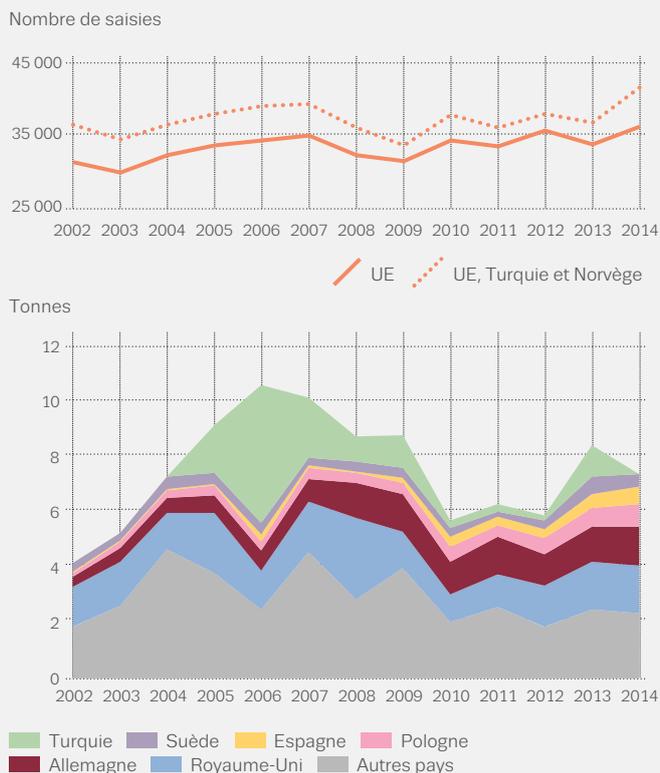
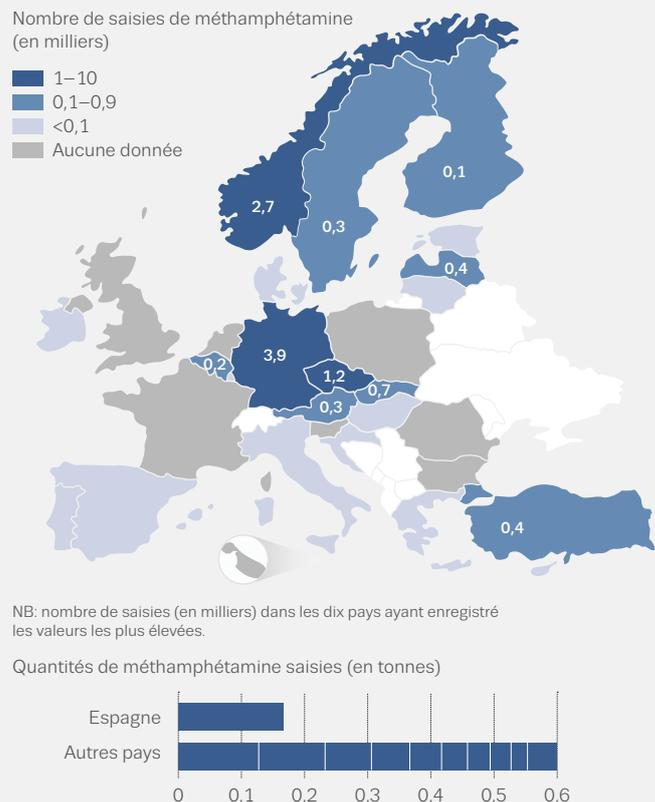
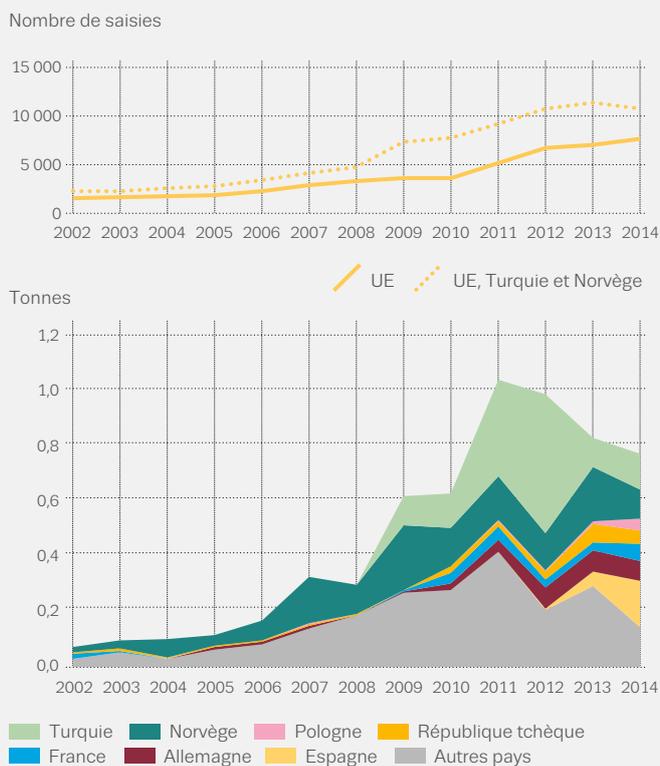


FIGURE 1.8

Nombre de saisies de méthamphétamine et quantités saisies: tendance et données 2014 ou année la plus récente



La majeure partie de la méthamphétamine européenne est produite en République tchèque et dans ses environs. Une capacité de production est cependant aussi présente aux Pays-Bas et en Lituanie, tandis que davantage de laboratoires ont été démantelés en Bulgarie.

La Lituanie et la Bulgarie font état de production de méthamphétamine à l'aide de BMK (benzyl-méthyl-cétone), tandis que l'éphédrine et la pseudoéphédrine sont utilisées en République tchèque et dans les environs. Traditionnellement, en République tchèque, les usagers produisent eux-mêmes de la méthamphétamine dans des installations de petite taille pour leur usage personnel ou un usage local, d'où le nombre élevé de sites de production identifiés dans ce pays (261 ont été démantelés en 2013, sur 294 en Europe). Toutefois, les volumes produits ont récemment augmenté et de nouveaux pré-précurseurs ont été utilisés, des signalements faisant état de groupes criminels organisés produisant cette drogue tant pour le marché local que pour les marchés étrangers.

En 2014, 36 000 saisies d'amphétamine ont été signalées par les États membres de l'Union européenne, ce qui équivaut à 7,1 tonnes. Globalement, la quantité d'amphétamine saisie dans l'Union européenne est en augmentation depuis 2002 (figure 1.7). Les saisies de méthamphétamine sont beaucoup moins nombreuses et représentent environ un cinquième de toutes les saisies d'amphétamines effectuées en 2014, avec 7 600 saisies signalées dans l'Union européenne pour un volume de 0,5 tonne (figure 1.8). Le nombre de saisies de méthamphétamine comme la quantité saisie affichent une tendance à la hausse depuis 2002.

En règle générale, le degré de pureté moyen signalé est plus élevé pour les échantillons de méthamphétamine que pour les échantillons d'amphétamine. Même si le degré de pureté des amphétamines a augmenté dans les dernières données, le taux de pureté moyen de cette drogue demeure relativement faible.

MDMA: hausse des produits fortement dosés

La substance de synthèse MDMA (3,4-méthylènedioxyamphétamine) est chimiquement apparentée aux amphétamines, mais ses effets sont différents. Les comprimés d'ecstasy sont, depuis toujours, le principal produit à base de MDMA vendu sur le marché, bien qu'ils aient souvent contenu diverses substances analogues à la MDMA ainsi que d'autres substances chimiques non apparentées. Alors qu'auparavant, les signalements indiquaient que la

majorité des comprimés vendus sous le nom d'ecstasy en Europe contenaient de faibles doses de MDMA, voire n'en contenaient pas du tout, cette situation a, selon des données récentes, changé. Les signalements indiquent en effet une plus grande disponibilité, d'une part, de comprimés de MDMA fortement dosés et, d'autre part, de MDMA en poudre et sous forme «cristal».

La production de MDMA en Europe semble concentrée autour des Pays-Bas, pays qui a toujours signalé le plus grand nombre de sites de production de cette drogue. Après un déclin observé dans la production de MDMA à la fin de la dernière décennie, des signes de résurgence sont apparus, notamment à la suite du démantèlement récent d'unités de production de grande envergure aux Pays-Bas et en Belgique.

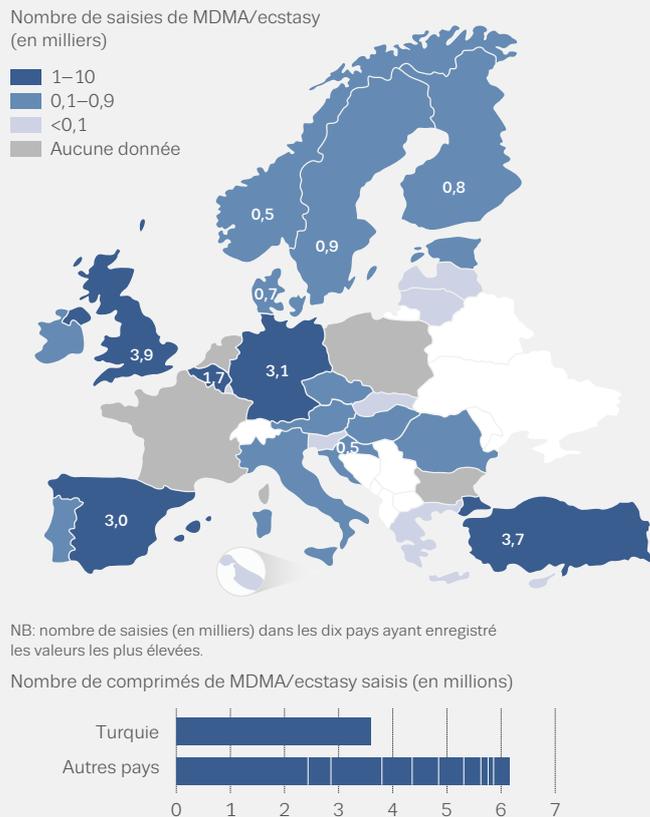
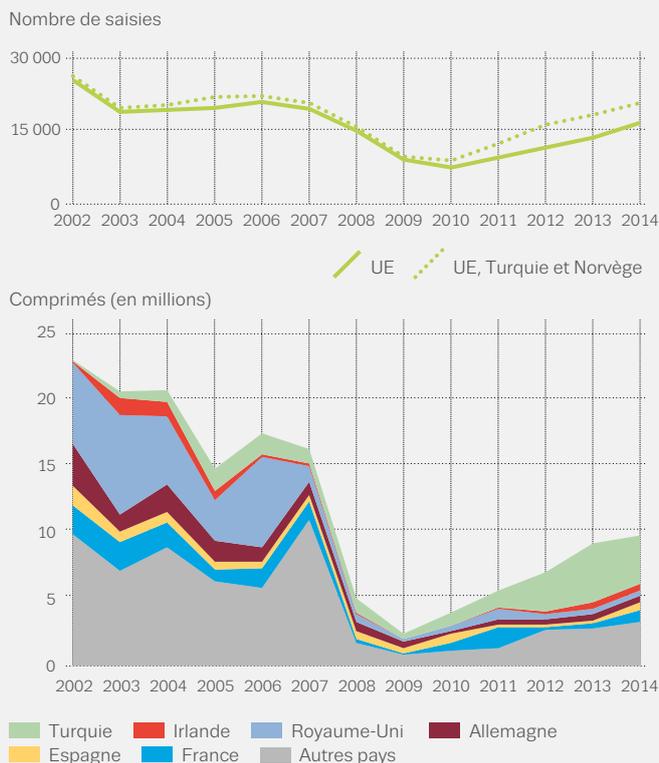
Il est difficile d'évaluer les tendances récentes en matière de saisies de MDMA/ecstasy en raison de l'absence de données pour certains pays susceptibles de contribuer largement à ce total. Pour 2014, aucune donnée n'est disponible pour les Pays-Bas, et le nombre de saisies n'est pas disponible pour la Finlande, la France, la Pologne et la Slovénie. Les Pays-Bas ont signalé la saisie de 2,4 millions de comprimés de MDMA en 2012, et, si l'on se fonde sur un chiffre similaire pour 2014, on estime à 6,1 millions environ le nombre de comprimés de MDMA/ecstasy saisis dans l'Union européenne cette année-là. Ce chiffre correspondrait à plus du double des quantités saisies en 2009. En outre, 0,2 tonne de poudre de MDMA a été saisie en 2014. De grandes quantités de MDMA sont également saisies en Turquie, de l'ordre de 3,6 millions de comprimés en 2014 (figure 1.9).

Parmi les pays qui effectuent des notifications systématiques, on constate une augmentation de la teneur en MDMA depuis 2010 et une disponibilité de produits fortement dosés en MDMA qui a donné lieu à l'émission d'alertes conjointes Europol/EMCDDA en 2014.

La disponibilité de produits fortement dosés en MDMA a donné lieu à l'émission d'alertes conjointes Europol/EMCDDA

FIGURE 1.9

Nombre de saisies de MDMA/ecstasy et quantités saisies: tendance et données 2014 ou année la plus récente



Saisies de LSD, de GHB, de kétamine et de méphédronne

Plusieurs autres drogues illicites ont fait l'objet de saisies dans l'Union européenne, dont 1 700 saisies de LSD en

2014, ce qui correspond à 156 000 doses. De plus, la Belgique a saisi 3 kg de cette drogue, la plus grande quantité jamais enregistrée dans ce pays. Pour la plupart des autres drogues, les séries de données incomplètes ne permettent pas de comparer la situation dans les

MDMA

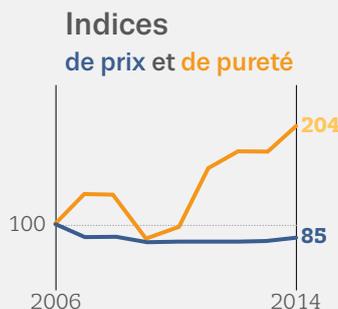
Nombre de saisies



Quantités saisies



Prix (EUR/comprimé)



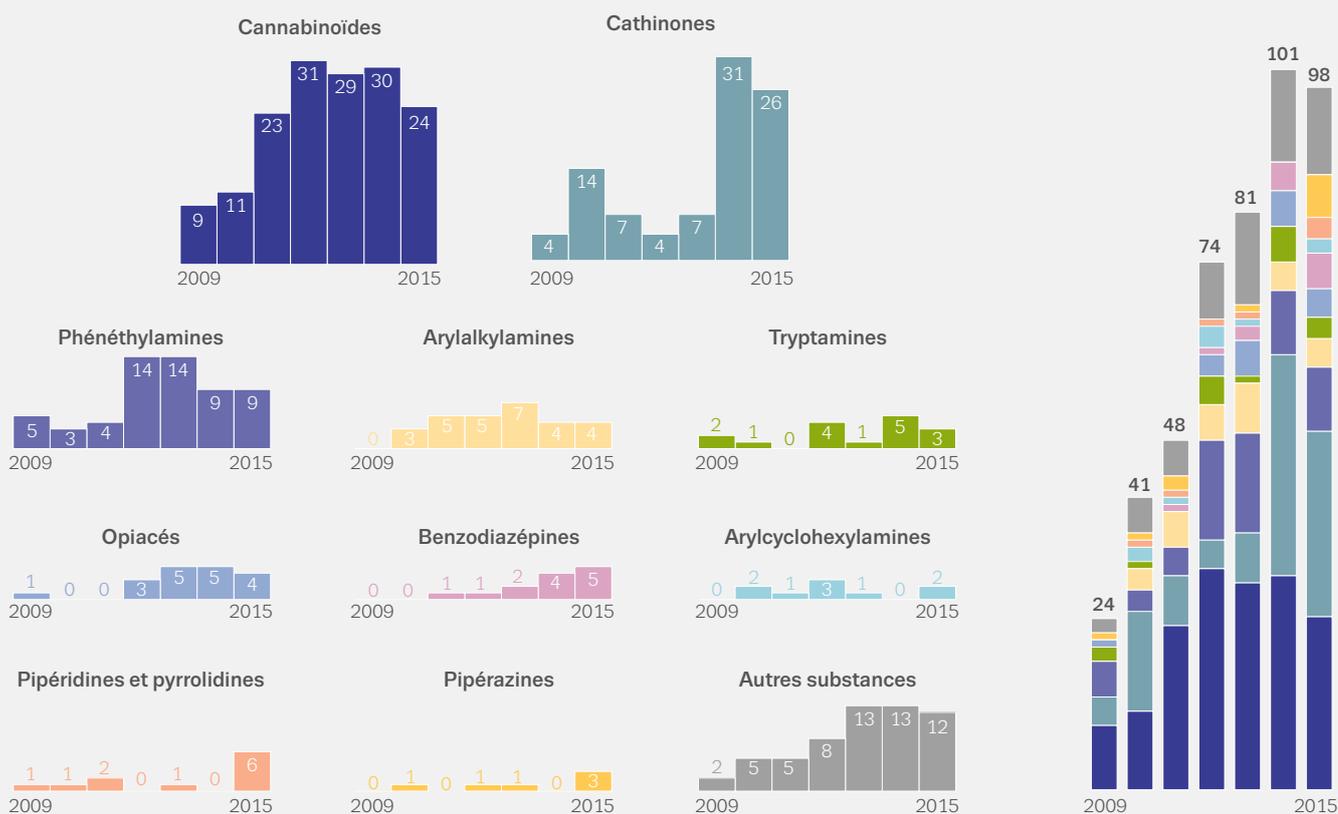
Pureté (mg MDMA/comprimé d'ecstasy)



UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de la MDMA: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.10

Nombre et catégories de nouvelles substances psychoactives répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne pour la première fois, 2009-2015



différents pays ou d'analyser les tendances. En 2014, des saisies de GHB ou de GBL ont été déclarées par 18 pays. Les 1 243 saisies correspondent à 176 kg et à 544 litres de drogue, la Belgique (40 %) et la Norvège (34 %) représentant chacune plus d'un tiers d'entre elles. Onze pays ont déclaré 793 saisies de kétamine, soit 246 kg de drogue, dont plus de la moitié ont eu lieu au Royaume-Uni. Les 1 645 saisies de méphédronne signalées par 10 pays représentent 203 kg de drogue. La quasi-totalité de la méphédronne saisie a été déclarée par le Royaume-Uni (101 kg) et par Chypre (99 kg).

Nouvelles substances psychoactives: diversité du marché

L'EMCDDA surveille une vaste gamme de nouvelles substances psychoactives: cannabinoïdes de synthèse, cathinones de synthèse, phénéthylamines, opiacés, tryptamines, benzodiazépines, arylalkylamines et diverses autres substances, notamment. En 2015, 98 nouvelles substances ont été détectées pour la première fois, ce qui porte le nombre des nouvelles substances surveillées à plus de 560, parmi lesquelles 380 (70 %) ont été décelées au cours des cinq dernières années (figure 1.10).

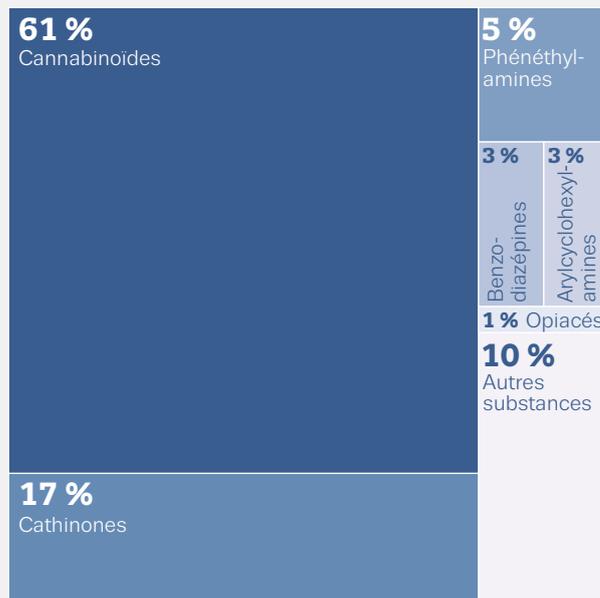
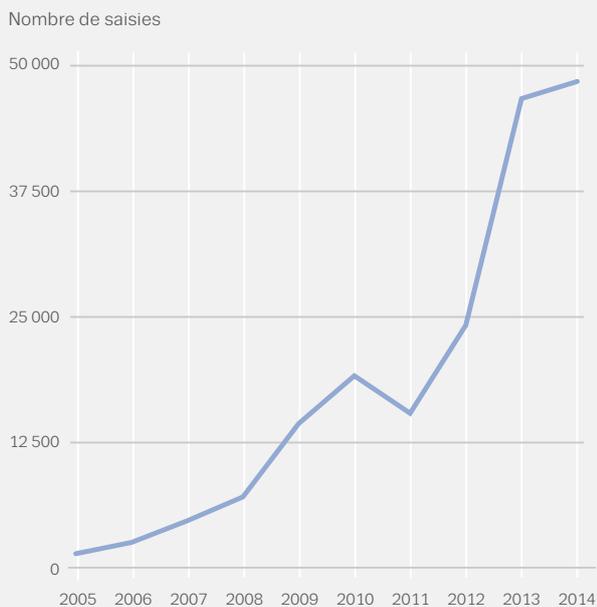
Depuis 2008, plus de 160 cannabinoïdes de synthèse, dont 24 nouveaux cannabinoïdes signalés en 2015, ont été détectés dans divers produits. Les cannabinoïdes de synthèse sont vendus comme substituts «légaux» du cannabis et peuvent être présentés comme des «mélanges d'encens exotiques» et comme «impropres à la consommation humaine» afin de contourner les législations en matière de médicaments et de protection des consommateurs. Il s'agit du plus grand groupe de nouvelles drogues surveillé par l'EMCDDA, ce qui témoigne à la fois de l'importante demande de cannabis en Europe et de la capacité des producteurs à mettre de nouveaux cannabinoïdes sur le marché lorsque les produits existants sont soumis à des mesures de contrôle.

Les cathinones de synthèse constituent le deuxième plus grand groupe de substances surveillé par l'EMCDDA. Celles-ci ont été détectées pour la première fois en Europe en 2004 et, depuis lors, 103 nouvelles cathinones ont été recensées, dont 26 en 2015. Les cathinones de synthèse sont généralement vendues comme des substituts «légaux» de stimulants tels que les amphétamines, la MDMA et la cocaïne.

L'EMCDDA surveille actuellement 14 nouvelles benzodiazépines non réglementées, que les contrefacteurs

FIGURE 1.11

Nombre de saisies de nouvelles substances psychoactives répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne: par catégories en 2014 et tendances



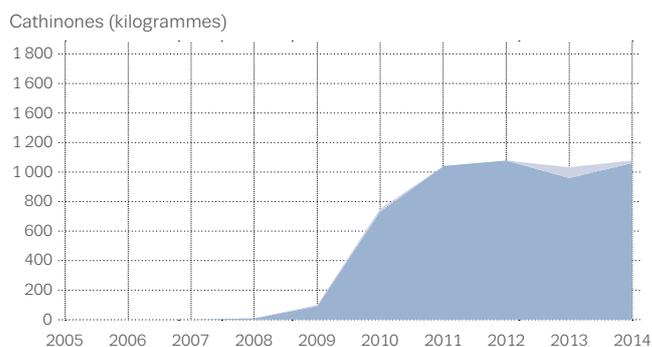
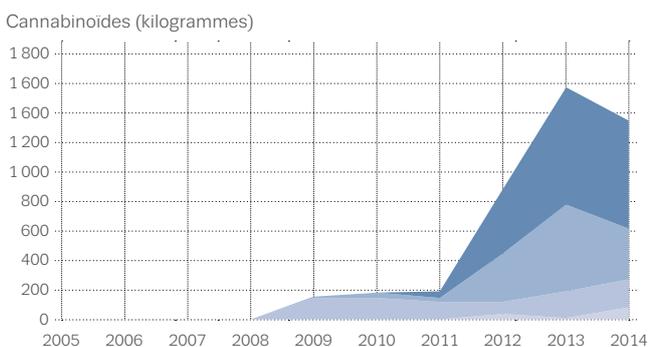
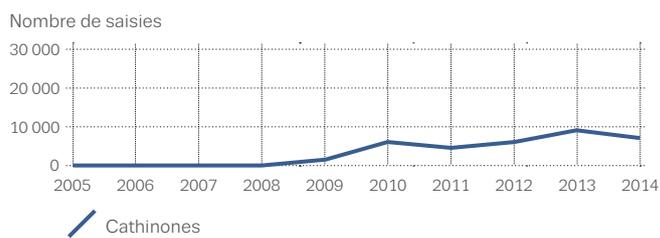
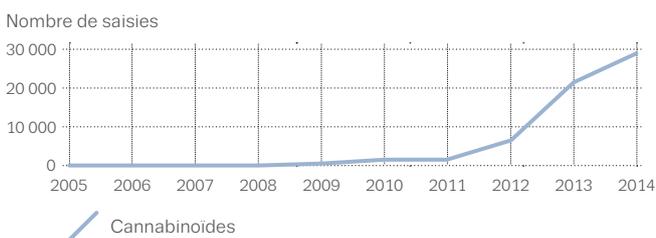
NB: données pour les États membres de l'UE, la Turquie et la Norvège.

utilisent parfois pour produire de faux médicaments vendus en Europe. De faux comprimés d'alprazolam qui contenaient du flubromazolam, interceptés en 2015, et de faux comprimés de diazépam qui contenaient du phénazépam illustrent cette pratique. Dans certains pays

européens, ces médicaments contrefaits occupent désormais une place significative sur le marché des drogues illicites.

FIGURE 1.12

Saisies de cannabinoïdes et cathinones de synthèse répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne: tendances au regard du nombre de saisies et de la quantité saisie



Toutes les autres formes
 Débris de plantes
 Poudre
 Forme non précisée

Poudre
 Toutes les autres formes

NB: données pour l'UE, la Turquie et la Norvège.

Augmentation des saisies de nouvelles substances psychoactives

Les données sur les saisies spécifiques notifiées au système d'alerte précoce de l'Union européenne témoignent de la croissance continue du marché des nouvelles drogues. En 2014, près de 50 000 saisies de nouvelles substances, pour un poids de près de 4 tonnes, ont été effectuées à travers l'Europe (figure 1.11). Les cannabinoïdes de synthèse représentaient la majorité de celles-ci, avec près de 30 000 saisies, pour un poids de plus de 1,3 tonne (figure 1.12). Les cathinones de synthèse arrivaient en deuxième position, avec plus de 8 000 saisies, pour un poids de plus d'une tonne. Ensemble, cannabinoïdes et cathinones de synthèse représentaient en 2014 près de 80 % du nombre total de saisies et plus de 60 % des quantités saisies. Les autres groupes de substances comprenaient les benzodiazépines et les analgésiques narcotiques à forte teneur en principe actif non réglementés, tels que les fentanyl, qui peuvent être vendus comme de l'héroïne.

Les cannabinoïdes de synthèse, représentant plus de 60 % des saisies totales et près de 35 % des quantités saisies (figure 1.11), ont dominé les saisies de nouvelles substances psychoactives en 2014. Il s'agissait pour l'essentiel de saisies de poudre, souvent en vrac; le reste des saisies concernait généralement des débris de plantes sur lesquels la substance avait été pulvérisée. Les poudres sont utilisées pour fabriquer des produits vendus en tant qu'«euphorisants légaux» et les saisies représentent des millions de doses. Les cinq cannabinoïdes les plus saisis sous forme de poudre en 2014 étaient l'AM-2201 (70 kg), le MDMB-CHMICA (40 kg), l'AB-FUBINACA (35 kg), le MAM-2201 (27 kg) et le XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

En 2014, les cathinones de synthèse ont représenté plus de 15 % de toutes les saisies de nouvelles substances psychoactives et près de 30 % de l'ensemble des quantités saisies (figure 1.11). Les cinq cathinones les plus saisies sont la méphédronne (222 kg) et ses isomères 3-MMC (388 kg) et 2-MMC (55 kg), ainsi que la pentédronne (136 kg) et l'alpha-PVP (135 kg).

Marchés des drogues: les réponses politiques

Du fait du caractère mondial de ces phénomènes, mettre en œuvre des mesures visant à lutter contre l'offre et le trafic de drogues s'avère complexe. Les responsables politiques disposent de diverses options pour réduire l'offre, notamment une stratégie antidrogue et des interventions juridiques, accompagnées d'approches réglementaires et répressives. La coordination des

initiatives européennes de réduction de l'offre est assurée par différentes institutions européennes. Plusieurs outils de planification stratégique sont mobilisés dans ce processus: la stratégie antidrogue de l'Union européenne 2013–2020 et son plan d'action actuel 2013–2016, le cycle politique de l'Union pour lutter contre la grande criminalité internationale organisée et les stratégies européennes de sécurité. L'éventail des domaines d'action couverts par ces stratégies (sécurité, affaires maritimes, migration et développement, par exemple) témoigne de l'ampleur des défis auxquels les services répressifs sont confrontés et de la sophistication croissante des groupes criminels organisés actifs dans le commerce des drogues. Ces domaines vont des actions visant à améliorer les activités de police fondées sur le renseignement, la surveillance et le transport maritimes, à la détection et au ciblage des flux financiers illicites, au contrôle des frontières, à la circulation des produits chimiques industriels et aux mesures de développement alternatives. L'Union européenne coopère également avec divers partenaires internationaux afin de mettre en œuvre ces politiques de réduction de l'offre.

Au niveau national, les États membres doivent faire face à un ensemble tout aussi complexe de dynamiques du marché des drogues et la plupart disposent de stratégies de sécurité et de police qui concernent la réduction de l'offre de drogue. De plus, tous les pays, à l'exception de deux, ont recours à des stratégies antidrogues nationales pour traduire dans les faits leurs politiques de lutte en la matière, qui englobent souvent une réduction de l'offre conjuguée à des initiatives de réduction de la demande. L'Autriche, qui dispose de stratégies antidrogues régionales, et le Danemark, dont la politique nationale de lutte antidrogue se reflète dans une série de documents stratégiques, d'actes législatifs et d'actions concrètes, font figure d'exceptions. Les stratégies antidrogues, habituellement limitées dans le temps, se composent de documents qui présentent généralement des objectifs et des priorités, ainsi que des actions précises et les acteurs chargés de les mettre en œuvre. Le domaine des politiques de lutte contre la drogue s'est complexifié ces dernières années, comme en témoignent les stratégies nationales des États membres de l'Union européenne, dont près d'un tiers ont un champ d'application qui va au-delà des drogues illicites pour couvrir également les drogues licites, voire, dans certains cas, les comportements de dépendance (figure 1.13).

FIGURE 1.13

Stratégies et plans d'action nationaux antidrogues: disponibilité et portée

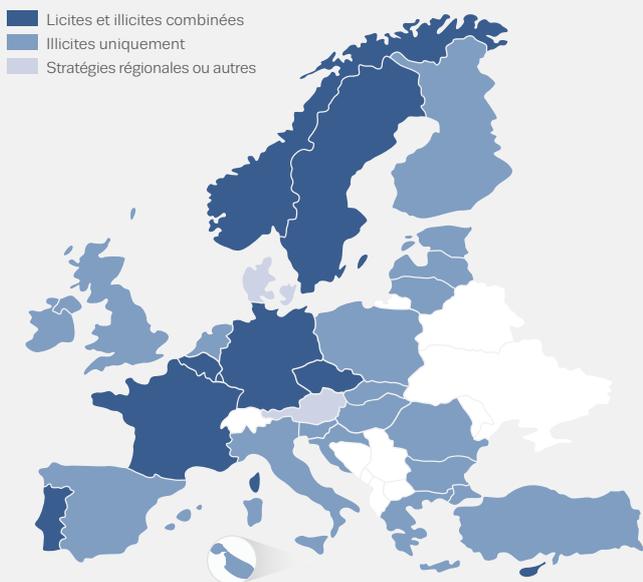
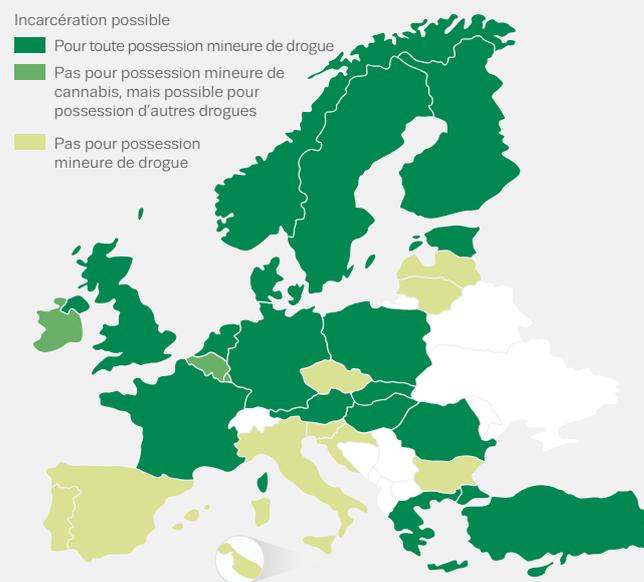


FIGURE 1.14

Sanctions prévues par la loi: possibilité d'incarcération pour possession de drogue pour usage personnel (délits mineurs)



Réponses juridiques à l'offre et à la possession de drogue

Les États membres de l'Union prennent des mesures de lutte contre l'offre de drogues illicites en vertu de trois Conventions des Nations unies, qui établissent un cadre international pour la réglementation de la production, du commerce et de la possession de plus de 240 substances psychoactives. Si chaque pays est tenu de considérer le trafic de drogue comme une infraction pénale, les sanctions prévues par la loi varient d'un État à l'autre. Dans certains pays, l'infraction que constitue l'offre de drogues est passible de sanctions très diverses, tandis que d'autres pays distinguent les infractions mineures des infractions majeures et appliquent des peines minimales et maximales correspondantes.

Chaque pays est également tenu de considérer la possession de drogue pour usage personnel comme une infraction pénale, mais sous réserve de ses «principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique». Cependant, cette clause n'a pas été interprétée de façon uniforme, comme en témoignent les différentes approches juridiques suivies dans les pays européens et non-européens. Depuis l'année 2000 environ, une tendance générale à la réduction de la probabilité d'emprisonnement ou d'autres formes d'incarcération pour les infractions mineures liées à l'usage personnel de drogue est observée dans l'ensemble de l'Europe. Certains pays sont allés plus loin, de sorte que la possession de drogue pour usage personnel n'y est

passible que de sanctions non pénales, généralement une amende (figure 1.14).

Infractions à la législation sur les stupéfiants: augmentations sur le long terme

L'application des législations visant à juguler l'offre et la consommation de drogues est suivie par le biais des données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants. Dans l'Union européenne, 1,6 million d'infractions environ ont été signalées (liées en majorité, 57 %, au cannabis,) en 2014, impliquant un million de contrevenants environ. Les infractions déclarées ont augmenté de près d'un tiers (34 %) entre 2006 et 2014.

Dans la plupart des pays européens, la majorité des infractions à la législation sur les stupéfiants concernent la consommation ou la possession pour usage personnel. En Europe, on estime dans l'ensemble que plus d'un million de ces infractions ont été déclarées en 2014, ce qui représente une hausse de 24 % par rapport à 2006. Parmi les infractions liées à la possession de drogue, plus de trois quarts concernaient le cannabis. La tendance à la hausse des infractions liées à la possession de cannabis, d'amphétamines et de MDMA s'est poursuivie en 2014 (figure 1.15).

Au total, les infractions liées à l'offre de drogue ont augmenté de 10 % depuis 2006, pour atteindre un chiffre estimé à plus de 214 000 en 2014. Le cannabis concernait

la majorité des infractions liées à la possession de drogue. La cocaïne, l'héroïne et les amphétamines concernaient, quant à elles, davantage des infractions liées à l'offre qu'à la possession pour usage personnel. La tendance à la baisse des infractions liées à l'offre d'héroïne et de cocaïne ne s'est pas poursuivie en 2014, et une forte hausse a été observée dans les notifications d'infractions liées à l'offre de MDMA (figure 1.15).

Empêcher le détournement des médicaments de substitution

Le détournement des médicaments de substitution aux opiacés de leur usage thérapeutique afin de les utiliser à des fins non médicales et de les vendre sur les marchés des drogues illicites est une cause de préoccupation. Par détournement, on entend ici le partage, la vente, le commerce ou la distribution à autrui de médicaments délivrés sur ordonnance. Ce détournement peut se produire volontairement (fourniture intentionnelle à une autre personne) ou de manière non intentionnelle (fourniture involontaire à la suite d'une perte ou d'un vol, par exemple).

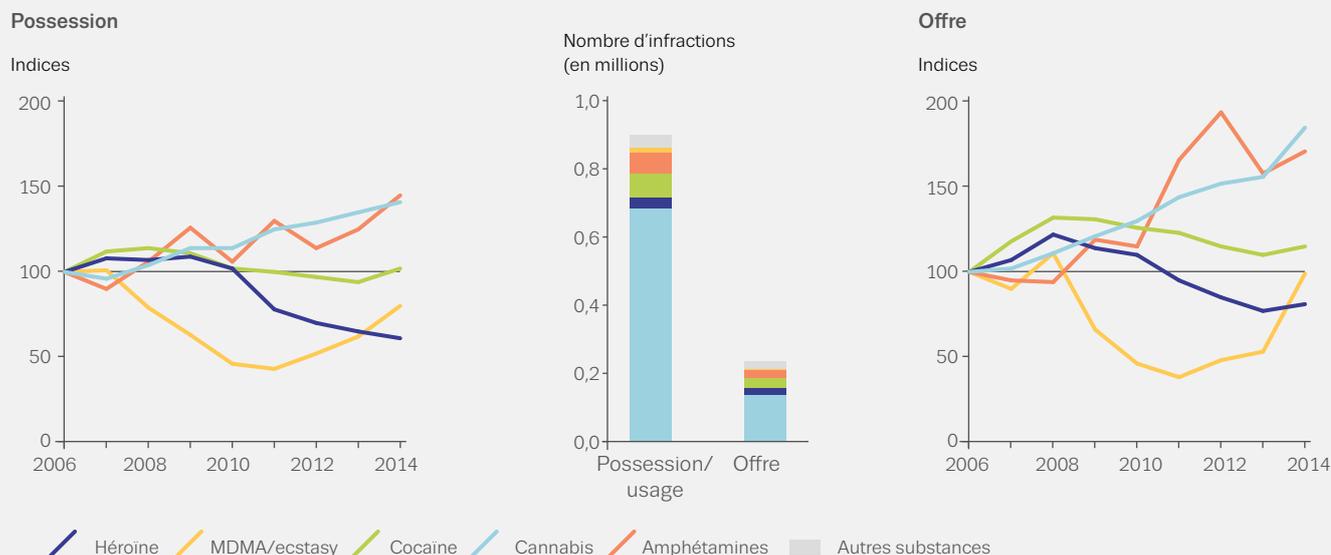
Au niveau national, diverses stratégies sont mises en œuvre pour empêcher le détournement des médicaments de substitution: formation des cliniciens et des patients,

mise en œuvre de stratégies pour garantir le maintien en traitement grâce à une prescription adéquate et à une surveillance médicale du dosage, mise à disposition de formules médicamenteuses conçues pour dissuader le détournement, utilisation de distributeurs électroniques de médicaments et recours à des mesures de contrôle, comme par exemple des analyses toxicologiques du patient, un comptage des pilules et des contrôles surprise. Il est possible de réglementer l'usage de tels médicaments à un niveau systémique en recourant à des registres des transactions pharmaceutiques et à des mesures disciplinaires afin de lutter contre les prescriptions abusives.

Un récent tour d'horizon européen suggère que plusieurs de ces interventions sont susceptibles de réduire le nombre de détournements, même si les informations sur les conséquences involontaires éventuellement engendrées par leur mise en œuvre sont rarement communiquées. Continuer de garantir aux patients un accès aisé aux médicaments de substitution, tout en mettant en place des mesures de prévention et de réglementation adéquates qui réduisent au minimum l'écoulement de ces médicaments sur le marché illicite, est toujours un défi à relever aujourd'hui.

FIGURE 1.15

Infractions à la législation sur les stupéfiants en Europe liées à l'usage ou à la possession de drogue ou à l'offre de drogue: tendances et infractions déclarées en 2014



POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA**2016**

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Responding to new psychoactive substances, Drugs in focus.

Publications de l'EMCDDA et d'Europol**2016**

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Toutes ces publications sont disponibles à l'adresse suivante: www.emcdda.europa.eu/publications

2

**L'éventail des drogues consommées
aujourd'hui en Europe est plus diversifié**

Usages de drogue: prévalence et tendances

L'éventail des drogues consommées aujourd'hui en Europe est plus diversifié que par le passé. La polyconsommation est courante chez les usagers de drogues et les pratiques vont de l'expérimentation à l'usage courant et à la dépendance. Toutes drogues confondues, la consommation est généralement plus répandue chez les hommes et cette caractéristique s'accroît d'autant plus que l'usage est plus intensif ou régulier. La prévalence de la consommation de cannabis est environ cinq fois supérieure à celle des autres substances. Bien que l'usage d'héroïne et des autres opiacés demeure relativement rare, ces drogues sont celles qui restent les plus couramment associées aux formes de consommation les plus à risque, notamment l'injection.

Suivi de la consommation de drogue

L'EMCDDA collecte et tient à jour des séries de données concernant l'usage de drogue et les habitudes de consommation en Europe.

Les données extraites des enquêtes menées en population générale peuvent fournir un aperçu de la prévalence de l'usage récréatif de drogue. Des analyses des résidus de drogue présents dans les eaux usées de villes d'Europe, peuvent venir compléter les résultats de ces enquêtes.

À l'aide d'études d'estimations de l'usage problématique de drogues, il est possible de déterminer l'ampleur des problèmes les plus enracinés, tandis que les données sur les usagers admis en traitement, lorsqu'elles sont examinées parallèlement à d'autres indicateurs, peuvent aider à mieux comprendre la nature et les tendances en matière d'usage problématique de drogue.

Un Européen sur quatre a déjà consommé des drogues illicites

Plus de 88 millions d'adultes, soit un peu plus d'un quart des personnes âgées de 15 à 64 ans dans l'Union européenne, auraient consommé des drogues illicites à un moment ou l'autre de leur vie. Les hommes sont plus nombreux à déclarer cette consommation (54,3 millions) que les femmes (34,8 millions). La drogue la plus expérimentée est le cannabis (51,5 millions d'hommes et 32,4 millions de femmes); des estimations beaucoup plus faibles sont

rapportées pour l'usage au cours de la vie de cocaïne (11,9 millions d'hommes et 5,3 millions de femmes), de MDMA (9,1 millions d'hommes et 3,9 millions de femmes) et d'amphétamines (8,3 millions d'hommes et 3,8 millions de femmes). Les niveaux d'usage de cannabis au cours de la vie diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, de quatre adultes sur dix environ en France et un tiers des adultes au Danemark et en Italie, à moins d'un sur dix en Bulgarie, en Hongrie, à Malte, en Roumanie et en Turquie.

La consommation de drogue au cours de l'année écoulée constitue un bon indicateur de l'usage de drogue récent: elle est majoritaire chez les jeunes âgés de 15 à 34 ans. Selon les estimations, 17,8 millions de jeunes adultes auraient consommé des drogues au cours de l'année passée, les hommes étant deux fois plus nombreux que les femmes.

Consommation de cannabis: des situations nationales diverses

Toutes tranches d'âge confondues, le cannabis est la drogue illicite la plus susceptible d'être consommée. Il est généralement fumé et, en Europe, fréquemment mélangé à du tabac. L'usage de cannabis peut être occasionnel, régulier ou témoigner d'une dépendance.

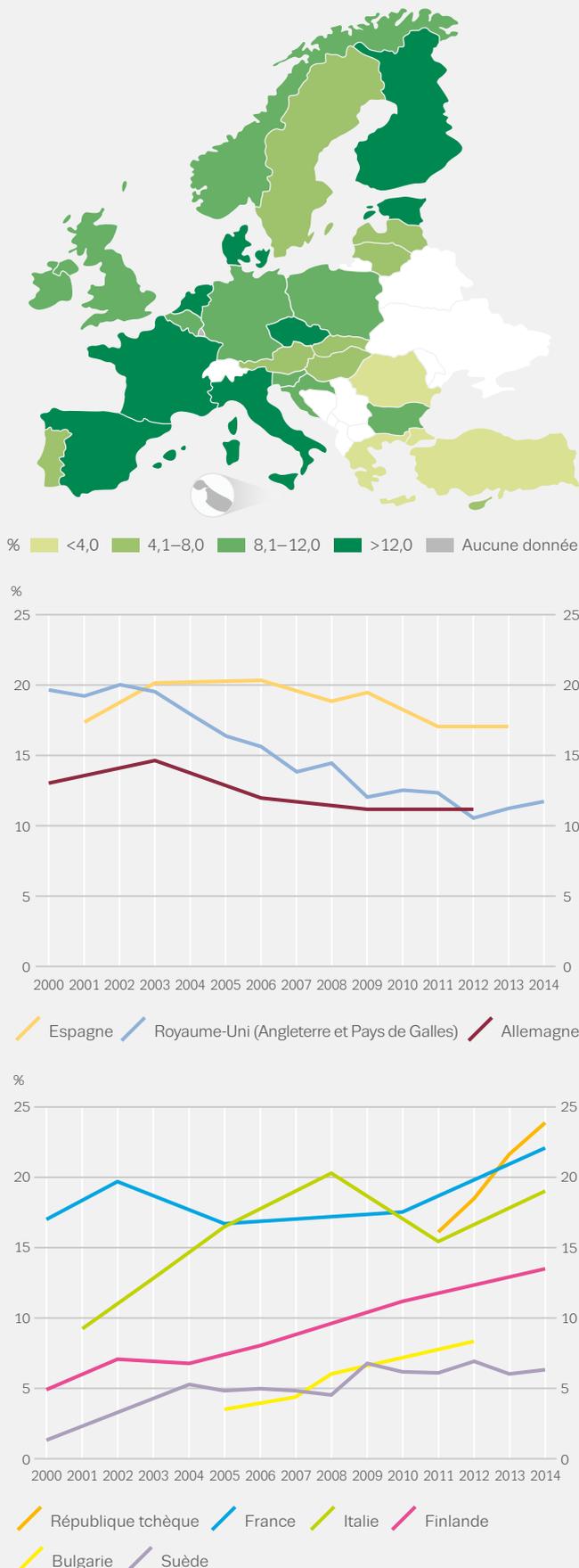
On estime à 16,6 millions le nombre de jeunes Européens de 15 à 34 ans (13,3 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, dont 9,6 millions de jeunes entre 15 et 24 ans (16,4 %). Parmi ces consommateurs, le rapport était de deux hommes pour une femme.

Les résultats des enquêtes les plus récentes montrent que la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée continue de diverger d'un pays à l'autre (figure 2.1). Parmi les pays ayant réalisé des enquêtes depuis 2013, huit ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, quatre, des estimations stables et un, une estimation plus faible.

Seuls quelques pays disposent de données suffisantes pour pouvoir produire une analyse statistique à moyen et à long termes en matière de consommation de cannabis chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans). Les enquêtes concernant des pays tels que l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni, où la prévalence est relativement élevée, font toutes état d'une baisse ou d'une stabilisation au cours de la dernière décennie, tandis que la France affiche une augmentation après 2010. Parmi les pays qui historiquement affichent des niveaux de consommation de cannabis plus faibles, la Finlande fait systématiquement

FIGURE 2.1

Prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15-34 ans): données les plus récentes (haut) et tendances significatives sur le plan statistique (centre et bas)



part d'augmentations de la prévalence à long terme, se rapprochant de la moyenne européenne, tandis que la Suède continue d'afficher un niveau faible, avec des données qui montrent toutefois une légère augmentation au cours de la dernière décennie. S'agissant des pays qui disposent de données comparables plus limitées, la Bulgarie affiche une tendance à la hausse jusqu'en 2012, tandis qu'une enquête annuelle menée en République tchèque montre une augmentation de 2011 à 2014.

Le cannabis représentait la principale drogue illicite consommée par les élèves de 15 à 16 ans, selon les dernières données du projet européen d'enquêtes en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD), publié en 2011. Des données plus récentes concernant les adolescents scolarisés âgés de 15 ans, proviennent de l'étude sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC). Dans l'enquête HBSC 2013/2014, les niveaux de consommation de cannabis au cours de la vie allaient de 5 % chez les filles et 7 % chez les garçons en Suède à 26 % chez les filles et 30 % chez les garçons en France.

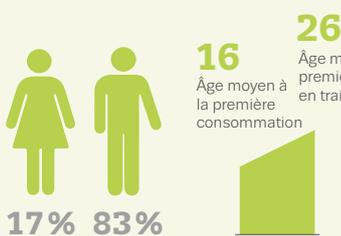
Traitement des consommateurs de cannabis: une demande en hausse

Des enquêtes menées en population générale permettent d'estimer à environ 1 % le nombre d'adultes européens qui consomment quotidiennement ou quasi quotidiennement du cannabis, autrement dit, qui ont consommé cette drogue pendant 20 jours ou plus au cours du mois écoulé. Environ 60 % de ceux-ci ont entre 15 et 34 ans et plus des trois quarts sont de sexe masculin.

Associées à d'autres indicateurs, les données relatives aux personnes admises en traitement pour des problèmes liés au cannabis peuvent contribuer à la compréhension de la nature et de l'ampleur de l'usage problématique de cannabis en Europe. Globalement, le nombre de patients entamant pour la première fois un traitement pour des problèmes liés au cannabis a augmenté de 45 000 en 2006 à 69 000 en 2014, avec une hausse du nombre de consommateurs quotidiens dans ce groupe, passant de 46 % en 2006 à 54 % en 2014. On ne connaît pas exactement les causes de cette augmentation, mais ce phénomène pourrait être lié aux évolutions de la prévalence de consommation de cannabis et à un usage intensif ainsi qu'à d'autres facteurs, tels que la disponibilité de produits plus dangereux et à plus forte teneur en principe actif, la disponibilité plus grande de traitements destinés aux usagers de cannabis et à un changement dans les pratiques d'orientation des patients.

CONSOMMATEURS DE CANNABIS ADMIS EN TRAITEMENT

Caractéristiques



Patients admis en traitement pour la première fois

59%

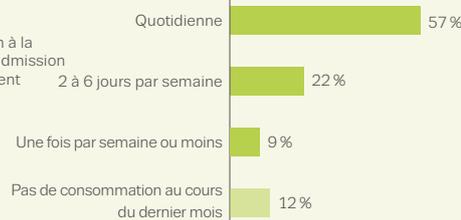


Patients admis en traitement traités antérieurement

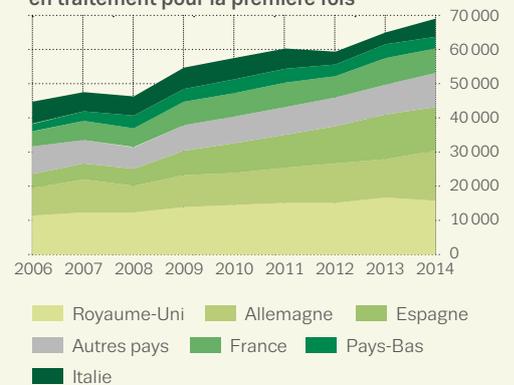
41%

Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

Consommation moyenne de 5,4 jours par semaine



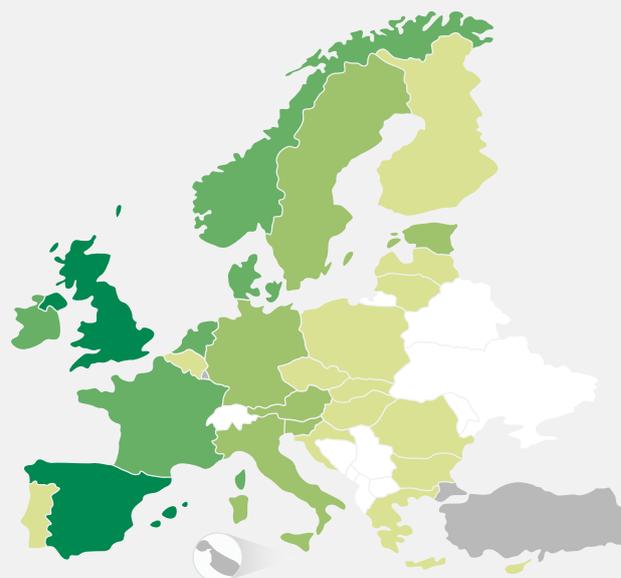
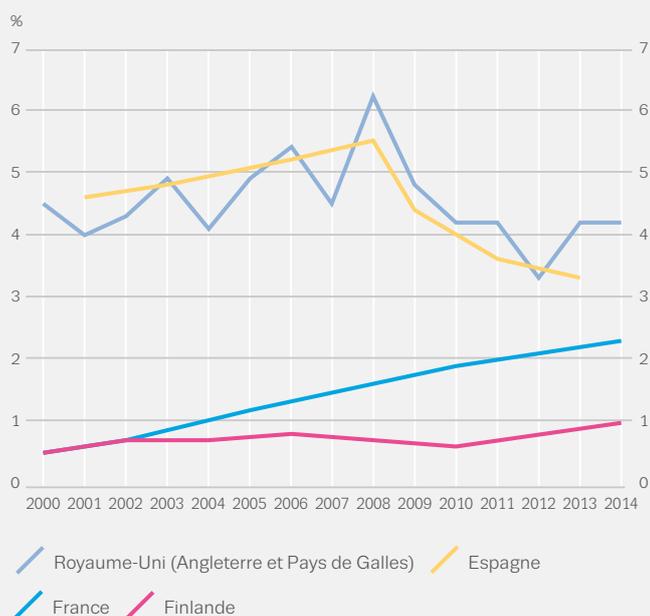
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant le cannabis comme drogue posant le plus de problèmes. Les données de 2014 concernant l'Italie ne sont pas directement comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national.

FIGURE 2.2

Prévalence de la consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15-34 ans): tendances significatives sur le plan statistique et données les plus récentes



% 0,1–1,0 1,1–2,0 2,1–3,0 >3,0 Aucune donnée

Cocaïne: évolution de la prévalence

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment consommée en Europe, bien que son usage soit plus fréquent dans le Sud et l'Ouest du continent. La cocaïne poudre (forme chlorhydrate) est essentiellement sniffée (voie nasale), mais peut également être parfois injectée. Quant au crack (cocaïne base), il est généralement fumé.

On estime à environ 2,4 millions le nombre des jeunes adultes de 15 à 34 ans (1,9 % de cette tranche d'âge) ayant consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Bon nombre des personnes qui consomment de la cocaïne le font à titre récréatif, en particulier le week-end ou pendant leurs vacances. Parmi les consommateurs réguliers, une distinction peut être établie entre les consommateurs socialement intégrés, qui sniffent souvent de la cocaïne poudre et les consommateurs marginalisés, qui se l'injectent ou fument du crack, parfois en combinaison avec des opiacés.

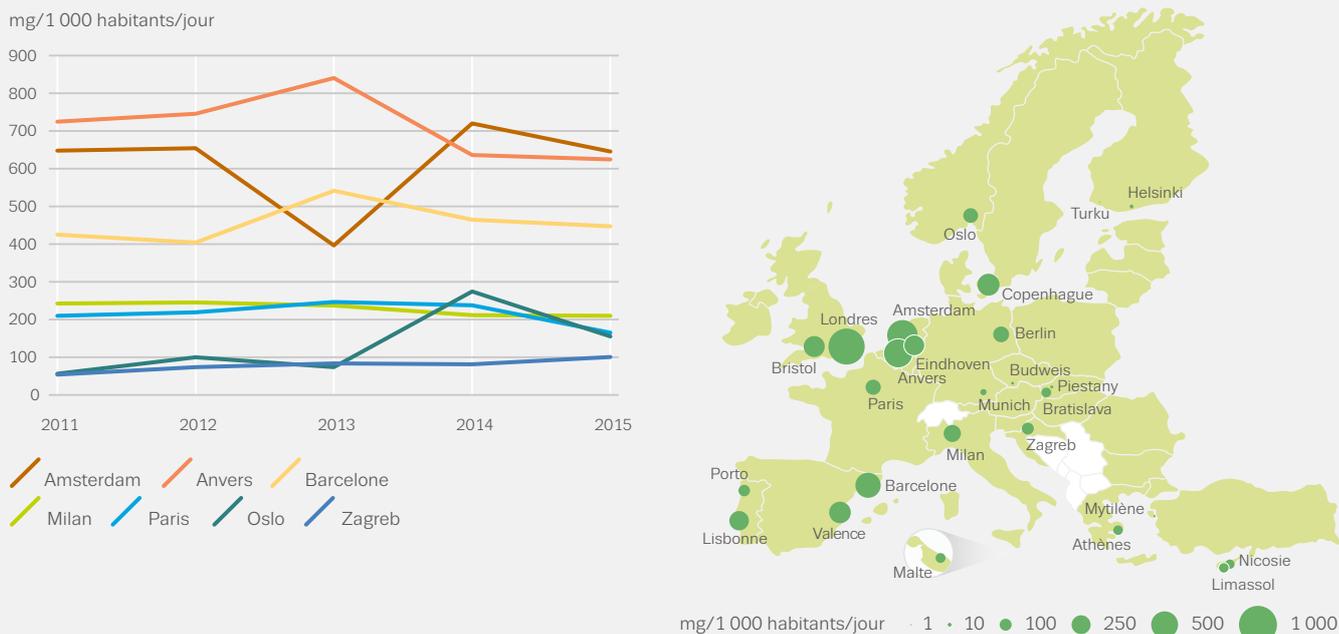
Seuls l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni font état d'une prévalence de la cocaïne de 3 % ou plus chez les jeunes adultes au cours de l'année écoulée. Les diminutions de la consommation de cocaïne des années précédentes n'ont pas été observées dans les enquêtes les plus récentes. Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2013, six ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, deux, des estimations stables, et quatre des estimations plus faibles.

Une analyse statistique des tendances à long terme en matière de consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes ne peut être faite que pour un petit nombre de pays. L'Espagne et le Royaume-Uni ont tous deux fait part de tendances à la hausse de la prévalence jusqu'en 2008, suivies d'une stabilisation ou d'un déclin. Les données communiquées par le Royaume-Uni suggèrent que cette diminution est circonscrite aux jeunes adultes (16 à 24 ans), la prévalence dans la tranche d'âge supérieure étant stable ou en hausse. La France affiche une tendance à la hausse, à plus de 2 % en 2014. En Finlande, la prévalence a augmenté mais les niveaux généraux de consommation restent faibles, n'atteignant pour la première fois 1 % qu'en 2014.

L'analyse des eaux usées municipales réalisée dans le cadre d'une enquête concernant plusieurs villes afin d'y détecter des résidus de cocaïne vient compléter les résultats des enquêtes menées auprès de la population. Les résultats de l'étude sont présentés sous la forme de quantités normalisées (charges de masse) de résidus de drogue par 1 000 habitants et par jour. Selon l'analyse de 2015, les charges de masse les plus élevées de benzoylecgonine (le principal métabolite de la cocaïne) ont été détectées dans des villes de Belgique, d'Espagne, des Pays-Bas et du Royaume-Uni (figure 2.3). Les modèles généraux recensés en 2015 sont semblables à ceux des années précédentes, la plupart des villes affichant une tendance à la baisse ou stable entre 2011 et 2015.

FIGURE 2.3

Résidus de cocaïne dans les eaux usées de certaines villes européennes: tendances et données les plus récentes



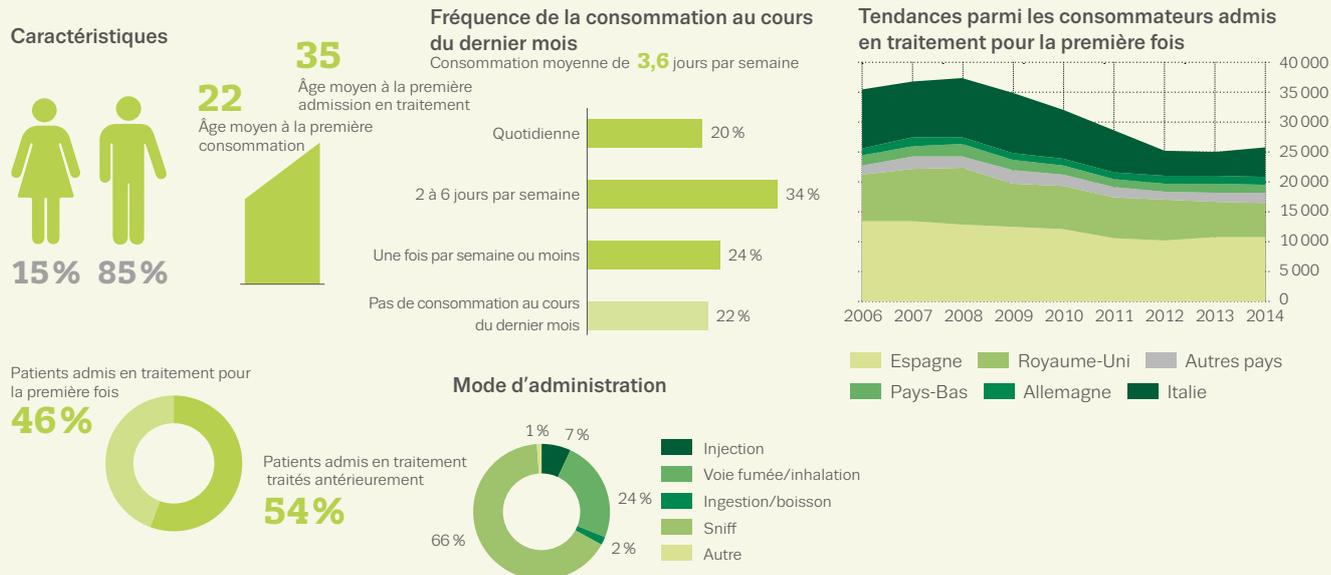
NB: quantités quotidiennes moyennes de benzoylécgonine en milligrammes par 1 000 habitants. Carte: Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine en 2015. Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Traitement en lien avec l'usage de cocaïne: une demande stable

La prévalence des consommations particulièrement problématiques de cocaïne en Europe est difficile à

mesurer, étant donné que seuls cinq pays disposent d'estimations récentes et que diverses définitions et méthodes ont été utilisées. En 2012, parmi la population adulte, l'Allemagne évaluait la «dépendance à la cocaïne» à 0,20 %. En 2014, l'Italie estimait à 0,64 % les «usagers

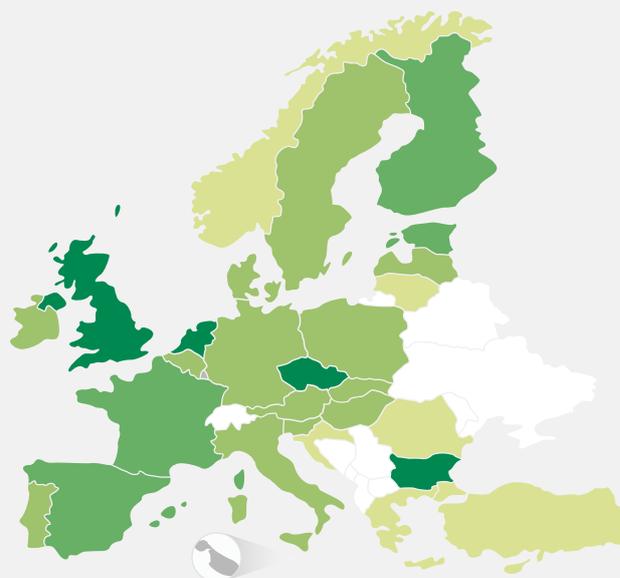
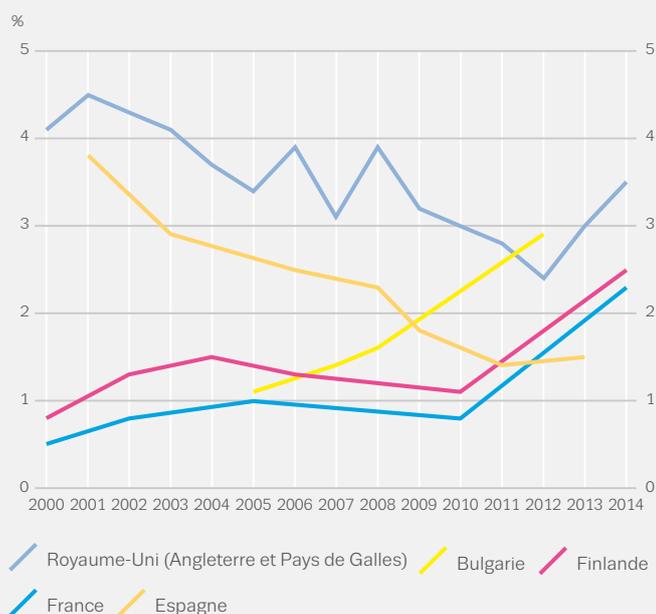
CONSUMMATEURS DE COCAÏNE ADMIS EN TRAITEMENT



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant la cocaïne/le crack comme drogue posant le plus de problèmes. Les données de 2014 concernant l'Italie ne sont pas directement comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national.

FIGURE 2.4

Prévalence de la consommation de MDMA/ecstasy au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans): tendances significatives sur le plan statistique et données les plus récentes



% 0-0,5 0,6-1,0 1,1-2,5 >2,5 Aucune donnée

de cocaïne ayant besoin d'un traitement» et, en 2013, l'Espagne estimait la «consommation problématique de cocaïne» à 0,29 %. Pour 2011/2012, le Royaume-Uni a estimé à 0,48 % la consommation de crack parmi la population adulte d'Angleterre; la plupart des usagers consommaient également des opiacés. Au Portugal, compte tenu de l'usage de cocaïne déclaré pour l'année écoulée, la consommation problématique est estimée à 0,62 %.

L'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni représentent environ 74 % de toutes les admissions en traitement liées à la cocaïne à avoir été signalées en Europe. Globalement, la cocaïne a été citée comme étant la drogue posant le plus de problèmes par 60 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé en 2014 et par 27 000 nouveaux patients. Après une période de recul, le nombre total de patients entamant pour la première fois un traitement pour dépendance à la cocaïne est stable depuis 2012.

En 2014, en Europe, près de 5 500 patients ayant entamé un traitement ont cité le crack comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes; plus de 50 % d'entre eux étaient comptabilisés au Royaume-Uni (3 000) et les autres l'étaient essentiellement en Espagne, en France et aux Pays-Bas (2 000).

MDMA: modification des tendances et consommation en hausse

La MDMA (3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine) est généralement consommée sous forme de comprimés d'ecstasy, mais est également de plus en plus souvent disponible sous forme «cristal» ou en poudre; les comprimés sont généralement ingérés, tandis qu'en poudre, cette drogue est également sniffée (voie nasale).

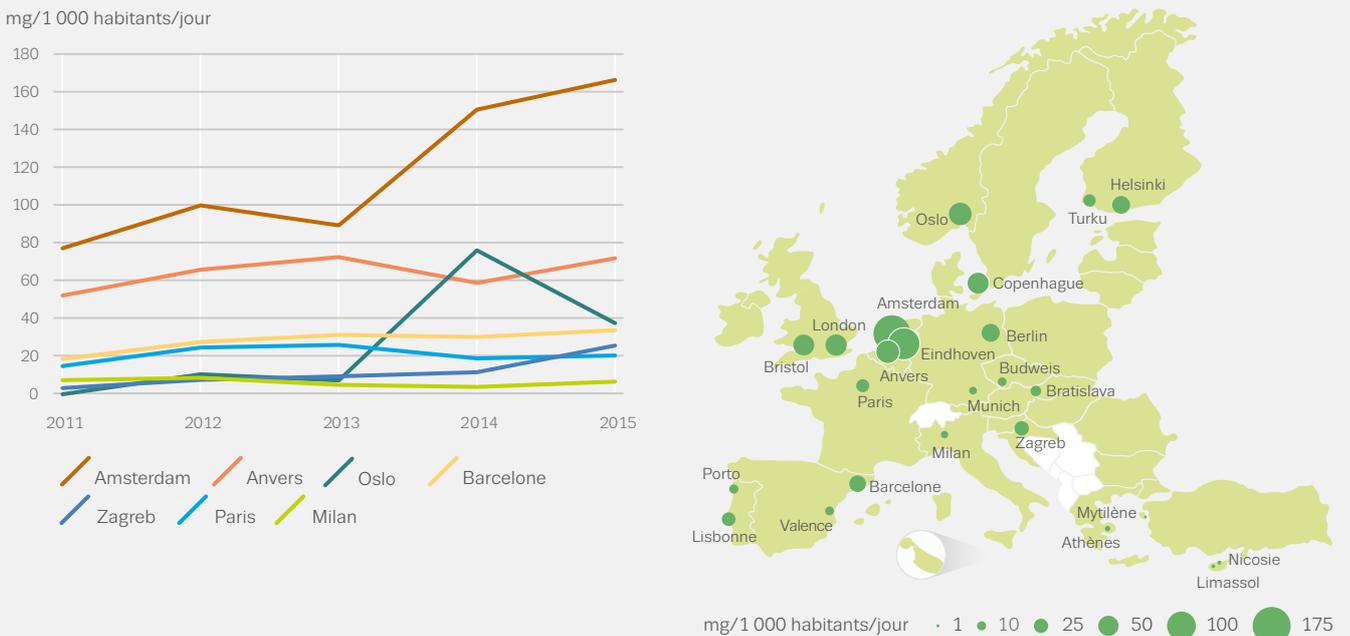
Ces dernières années, les observateurs basés dans plusieurs pays ont signalé de nouvelles évolutions sur le marché européen de la MDMA/ecstasy, notamment une hausse de la consommation.

Si la plupart des enquêtes européennes portaient traditionnellement sur la consommation d'ecstasy plutôt que sur l'usage de MDMA, cette situation est néanmoins en pleine évolution. On estime à 2,1 millions le nombre des jeunes adultes (de 15 à 34 ans) ayant consommé de la MDMA/de l'ecstasy au cours des 12 derniers mois (1,7 % de cette tranche d'âge), les estimations nationales s'échelonnant de 0,3 % à 5,5 %. Parmi les jeunes qui ont consommé de la MDMA/ecstasy au cours de l'année écoulée, le rapport hommes-femmes est de 2,4 pour 1.

Jusqu'à récemment, la prévalence de la MDMA était en baisse dans de nombreux pays, après avoir atteint des niveaux record entre le début et le milieu des années

FIGURE 2.5

Résidus de MDMA dans les eaux usées de certaines villes européennes: tendances et données les plus récentes



NB: quantités quotidiennes moyennes de MDMA en milligrammes par 1 000 habitants. Carte: Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine en 2015. Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

2000. Ce constat semble désormais remis en question. Parmi les pays ayant réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2013, les résultats vont dans le sens d'une hausse générale en Europe, neuf pays ayant déclaré des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente et trois des estimations plus faibles. Lorsque les données permettent d'effectuer une analyse plus solide des tendances en matière de consommation de MDMA/ecstasy par les jeunes adultes au cours de l'année écoulée, des augmentations sont observées dans certains pays depuis 2010. La Bulgarie, la Finlande et la France continuent toutes à afficher des tendances à la hausse à long terme au cours de cette période, tandis qu'au Royaume-Uni, la tendance à la baisse observée en 2011/2012 a été suivie d'augmentations significatives sur le plan statistique (figure 2.4). Même si les données ne sont pas directement comparables avec les enquêtes précédentes, les Pays-Bas rapportent une prévalence de 5,5 % en 2014.

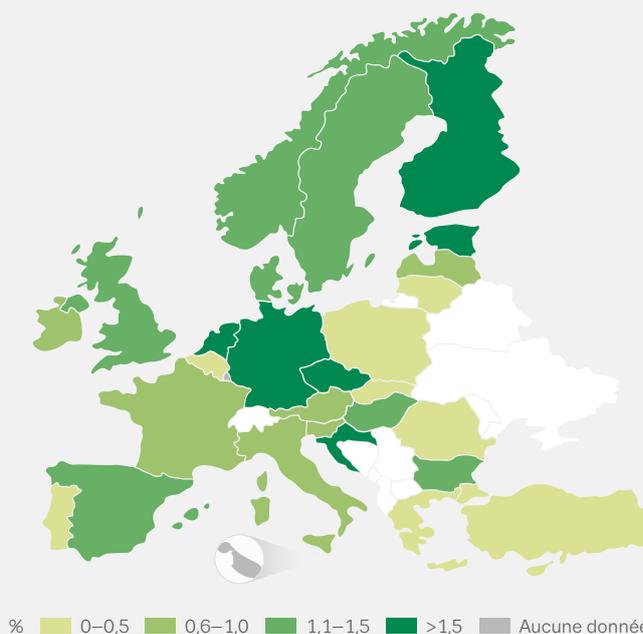
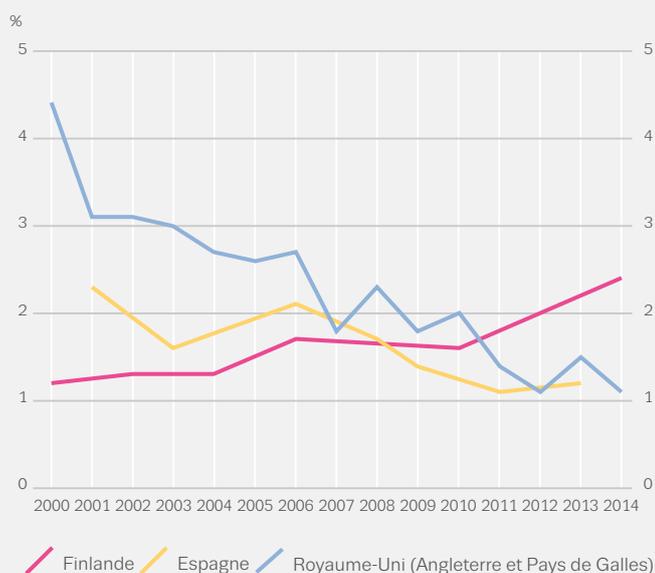
Selon une analyse de 2015 portant sur diverses villes, les charges de masse de MDMA les plus élevées ont été constatées dans les eaux usées en Belgique et aux Pays-Bas (figure 2.5). Les charges de MDMA des eaux usées étaient généralement plus élevées en 2015 qu'en 2011, avec des hausses marquées observées dans certaines villes, qui pourraient être liées à la plus grande pureté de la MDMA ou à l'augmentation de sa disponibilité et de sa consommation.

La MDMA/ecstasy est souvent consommée en même temps que d'autres substances, dont l'alcool. De manière générale, les enquêtes auprès des jeunes qui participent régulièrement à des événements festifs indiquent des niveaux de consommation de drogue plus élevés par rapport à la population générale. C'est particulièrement le cas pour la MDMA, qui, par tradition, est étroitement liée à la vie nocturne et en particulier à la musique «dance». Il semble qu'actuellement, dans les pays à prévalence élevée, la MDMA/ecstasy n'est plus une drogue de niche ou liée à une sous-culture; sa consommation ne se limite plus aux clubs et aux soirées «dance», elle touche une gamme plus vaste de jeunes gens dans des lieux de vie nocturne courants tels que les bars et les fêtes à domicile.

La consommation de MDMA/ecstasy est rarement citée comme un motif pour entamer un traitement spécialisé lié à sa consommation. En 2014, elle était citée par moins de 1 % (près de 800 cas) des patients entamant un traitement pour la première fois en Europe.

FIGURE 2.6

Prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15-34 ans): tendances significatives sur le plan statistique et données les plus récentes



Consommation d'amphétamines: des tendances nationales divergentes

L'amphétamine et la méthamphétamine sont deux stimulants apparentés consommés en Europe, bien que l'amphétamine soit de loin la plus consommée. La consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la République tchèque et, depuis plus récemment, à la Slovaquie, même si ces dernières années ont vu des augmentations de consommation dans d'autres pays. Dans certaines séries de données, il n'est pas possible de distinguer ces deux substances; dans pareils cas, le terme générique d'amphétamines est utilisé.

Les deux substances se prennent par voie orale ou nasale et, dans quelques pays, leur injection est courante chez les usagers problématiques. La méthamphétamine peut aussi être fumée, mais cette voie d'administration n'est pas fréquemment signalée en Europe.

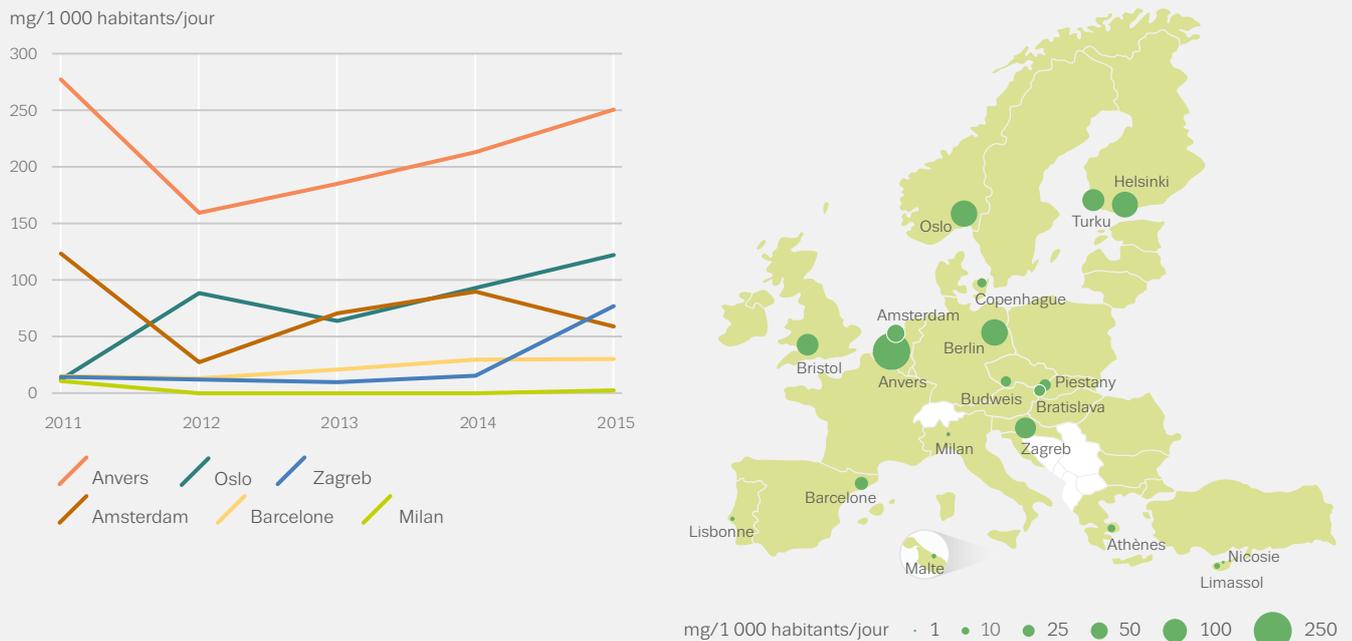
Quelque 1,3 million (1,0 %) de jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans) ont consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée, les estimations nationales de prévalence les plus récentes étant comprises entre 0,1 % et 2,9 %. Les données disponibles révèlent que depuis l'année 2000 environ, la plupart des pays européens font état d'une situation relativement stable en ce qui concerne les tendances en matière de consommation. Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2013, sept ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de

l'enquête comparable précédente, un pays, une tendance stable, et quatre, des estimations plus faibles. Les Pays-Bas ont récemment rapporté une prévalence de 2,9 % chez les jeunes adultes, bien que leurs données ne soient pas comparables avec celles des enquêtes précédentes.

Dans le petit nombre de pays où il est possible d'analyser des tendances significatives sur le plan statistique à plus long terme, l'Espagne et le Royaume-Uni affichent une baisse de prévalence depuis 2000 (figure 2.6). En revanche, une augmentation constante de la prévalence s'observe au cours de la même période en Finlande, pays qui fait désormais état d'un des niveaux les plus élevés en Europe.

Des taux significatifs d'amphétamines ont été détectés dans les eaux usées de villes de l'ensemble de l'Europe dans le cadre de l'analyse effectuée en 2015. Les charges de masse d'amphétamines variaient considérablement, les niveaux les plus élevés ayant été signalés dans des villes du Nord de l'Europe (figure 2.7), tandis que des niveaux bien inférieurs ont été décelés dans des villes du Sud. C'est dans des villes situées en République tchèque, en Slovaquie et en Norvège que les charges de masse d'amphétamines les plus élevées ont été détectées. Dans l'ensemble, l'évolution des données de 2011 à 2015 indique des tendances relativement stables pour les deux drogues.

FIGURE 2.7

Résidus d'amphétamines dans les eaux usées de certaines villes européennes: tendances et données les plus récentes


NB: quantités quotidiennes moyennes d'amphétamines en milligrammes par 1 000 habitants. Carte: Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine en 2015.

Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Traitement des consommateurs d'amphétamines: une demande en hausse

Les problèmes liés à la consommation chronique d'amphétamine par voie intraveineuse sont historiquement les plus manifestes dans les pays européens du Nord. En revanche, les problèmes liés à la consommation chronique de méthamphétamine ont été les plus apparents en République tchèque et en Slovaquie. De récentes estimations de l'usage problématique de méthamphétamine sont disponibles pour la République tchèque et pour Chypre. En République tchèque, cet usage chez les jeunes adultes (15-64 ans) a été estimé à 0,51 % environ en 2014, avec une hausse marquée de la consommation, principalement par injection, observée entre 2007 et 2014 (de 20 000 consommateurs environ à plus de 36 000). L'estimation pour Chypre est de 0,02 %, soit 127 consommateurs, en 2014. Pour la Norvège, la consommation problématique d'amphétamine et de méthamphétamine est estimée à 0,33 %, soit 11 200 adultes, en 2013. Il est possible que les consommateurs d'amphétamines constituent la majorité des 2 177 consommateurs problématiques de stimulants estimés (0,17 %) signalés en Lettonie, ce qui représente une diminution par rapport aux 6 540 (0,46 %) notifiés en 2010.

L'injection de méthamphétamine combinée à l'usage d'autres stimulants et au GHB (gamma-hydroxybutyrate) continue d'être signalée dans certains pays parmi de petits groupes d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ces injections en groupe dans un contexte festif, dites «slamming parties», suscitent des inquiétudes en raison de la prise de risque liée tant à l'usage de drogues qu'aux comportements sexuels adoptés à ces occasions.

**1,3 million de jeunes adultes
ont consommé des amphétamines
au cours de l'année écoulée**

Environ 32 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogue en Europe en 2014 (dont environ 13 000 étaient admis en traitement pour la première fois de leur vie) ont déclaré que les amphétamines leur posaient le plus de problèmes. Ces consommateurs d'amphétamines représentent une proportion considérable des patients admis en traitement pour la première fois en Bulgarie, en Allemagne, en Lettonie, en Hongrie, en Pologne et en Finlande. Les patients admis en traitement qui déclarent que la méthamphétamine est la drogue qui leur pose le plus de problèmes sont concentrés en République tchèque et en Slovaquie, qui abritent à elles deux près de 95 % des 8 700 patients traités pour usage de méthamphétamine en Europe. Dans l'ensemble, une augmentation de 50 % du nombre de patients entamant un traitement pour la première fois pour usage principal d'amphétamines s'observe en Europe depuis 2006, en grande partie du fait des hausses enregistrées en Allemagne et, dans une moindre mesure, en République tchèque.

Consommation de kétamine, de GHB et d'hallucinogènes

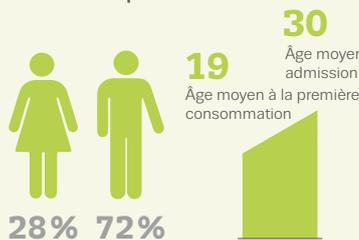
Diverses autres substances ayant des propriétés hallucinogènes, anesthésiantes, dissociatives et sédatives

sont consommées en Europe, notamment le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique), les champignons hallucinogènes, la kétamine et le GHB (gamma-hydroxybutyrate).

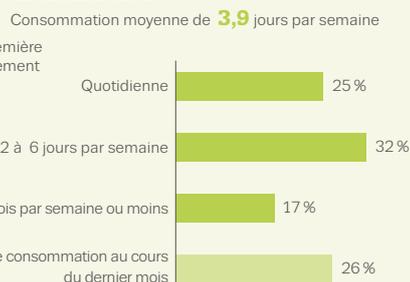
La consommation récréative de kétamine et de GHB (y compris son précurseur, la gamma-butyrolactone, GBL) a été observée dans des sous-groupes d'usagers de drogues en Europe au cours des deux dernières décennies. Quand elles existent, les estimations nationales de prévalence de l'usage de GHB et de kétamine dans les populations adultes et scolaires restent basses. Dans leurs enquêtes les plus récentes, les Pays-Bas ont signalé une prévalence de l'usage de GHB au cours de l'année écoulée de 0,4 % pour les adultes (15 à 64 ans), la Norvège de 0,1 % (16 à 64 ans) et la Roumanie de 0,5 % chez les jeunes adultes (15 à 34 ans). Des niveaux supérieurs de consommation de GHB et de problèmes liés à cette drogue ont été signalés dans certains groupes sociaux au niveau des villes et au niveau local dans certains pays, notamment aux Pays-Bas, en Norvège et au Royaume-Uni. La prévalence de la consommation de kétamine chez les jeunes adultes (15-34 ans) au cours de l'année écoulée a été estimée à 0,3 % au Danemark et en Espagne, et le Royaume-Uni a, quant à lui, enregistré une consommation de 1,6 % chez les 16 à 24 ans pour la même période, un chiffre stable depuis 2008.

CONSOMMATEURS D'AMPHÉTAMINES ADMIS EN TRAITEMENT

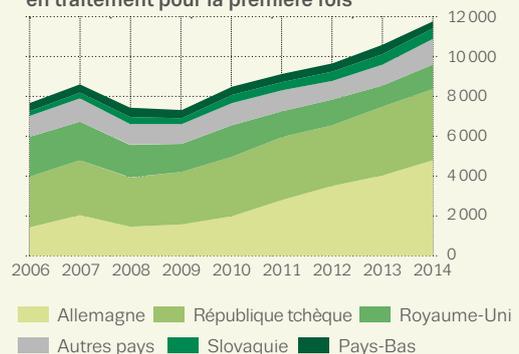
Caractéristiques



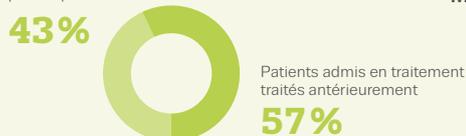
Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



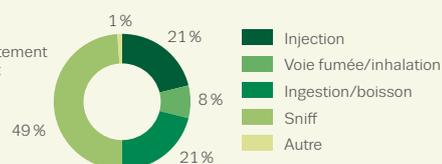
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



Patients admis en traitement pour la première fois



Mode d'administration



NB: les pays concernés varient en fonction de l'indicateur. Les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes.

La prévalence globale de consommation de LSD et de champignons hallucinogènes est généralement faible et stable en Europe depuis plusieurs années. Chez les jeunes adultes (15-34 ans), les enquêtes nationales font état d'une prévalence estimée à moins de 1 % pour les deux substances pour l'année écoulée, à l'exception de la Finlande, qui affiche une prévalence de 1,3 % pour le LSD. Pour les champignons hallucinogènes, le Royaume-Uni affiche une prévalence de 1 %, les Pays-Bas de 1,3 %, la Finlande de 1,9 %, et la République tchèque de 2,3 %.

La consommation de nouvelles drogues

L'Eurobaromètre Flash sur les jeunes et la drogue de 2014, une enquête téléphonique menée auprès de 13 128 jeunes âgés de 15 à 24 ans dans les 28 États membres de l'Union, offre un aperçu de la consommation de nouvelles drogues. Bien qu'il s'agisse à l'origine d'une enquête sur les comportements, l'Eurobaromètre comporte une question sur l'usage de «substances qui imitent les effets des drogues illicites». Actuellement, ces données constituent la seule source d'information à l'échelle de l'Union sur ce sujet, même si, pour des raisons méthodologiques, la prudence s'impose lors de l'interprétation des résultats. Globalement, 8 % des répondants ont indiqué avoir déjà consommé ces substances au cours de leur vie, 3 % déclarant en avoir consommé au cours des douze derniers mois, ce qui représente une hausse par rapport aux 5 % ayant déclaré une consommation au cours de leur vie dans une enquête analogue menée en 2011. Sur l'ensemble des jeunes ayant indiqué avoir consommé de telles substances au cours de l'année écoulée, 68 % les avaient obtenues d'un ami.

De plus en plus de pays intègrent les nouvelles substances psychoactives dans leurs enquêtes en population générale, même si les différences dans les méthodes et les questions limitent la comparabilité des résultats entre pays. Depuis 2011, 11 pays européens communiquent des estimations nationales de consommation de nouvelles substances psychoactives (à l'exception de la kétamine et du GHB). Pour ce qui est de la tranche d'âge sur laquelle porte l'étude Eurobaromètre Flash, autrement dit, les jeunes adultes (âgés de 15 à 24 ans), la prévalence de consommation de ces substances au cours de l'année écoulée est comprise entre 0,0 % en Pologne et 9,7 % en Irlande. Des données d'enquête concernant le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles) sont disponibles pour la consommation de méphédronne. Dans la dernière enquête menée (2014/2015), la consommation de cette drogue chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans au cours de l'année écoulée était estimée à 1,9 %; ce chiffre était identique à celui de l'enquête précédente, mais en baisse par rapport

à l'année 2010/2011 (4,4 %), avant l'introduction de mesures répressives. En 2014, une enquête réalisée en Finlande a permis d'estimer la consommation de cathinones de synthèse au cours de l'année précédente à 0,2 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, tandis qu'en France, 4 % des 18 à 34 ans ont déclaré avoir déjà fumé des cannabinoïdes de synthèse.

Consommateurs d'héroïne: des signes d'une demande de traitement stable

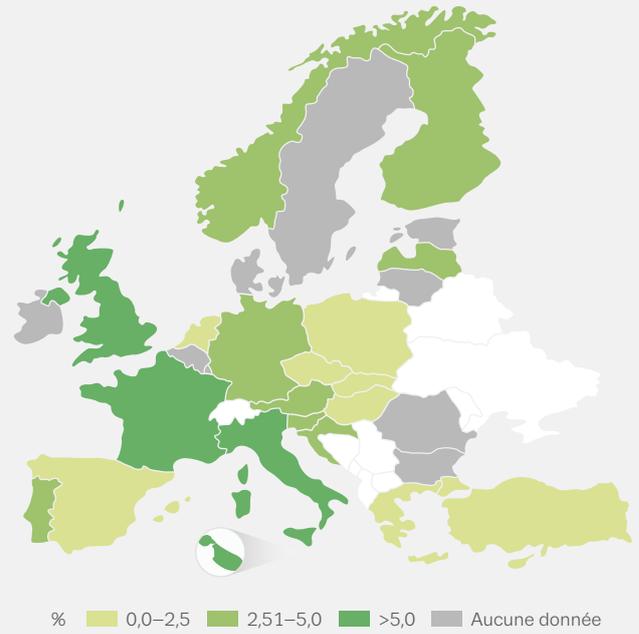
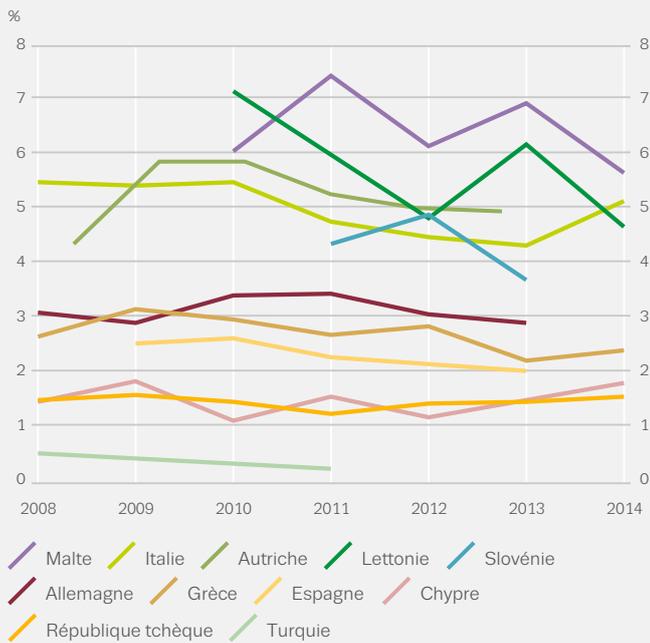
En Europe, l'opiacé illicite le plus consommé est l'héroïne, qui peut être fumée, sniffée ou injectée. Divers opiacés de synthèse tels que la méthadone, la buprénorphine haut dosage et le fentanyl font également l'objet d'un usage détourné.

La prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés chez les adultes (de 15 à 64 ans) est estimée à 0,4 %, soit l'équivalent de 1,3 million d'usagers problématiques d'opiacés en Europe en 2014. Au niveau national, les estimations de prévalence de l'usage problématique d'opiacés varient de moins d'un cas à environ huit cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (figure 2.8). Selon les estimations, environ 75 % des consommateurs problématiques d'opiacés dans l'Union européenne sont signalés au Royaume-Uni, en France, en Italie, en Allemagne et en Espagne. Sur les 11 pays pour lesquels il existe des estimations répétées de consommation problématique d'opiacés entre 2008 et 2014, l'Espagne et la Turquie affichent une diminution significative sur le plan statistique, tandis que les chiffres restent stables dans les autres pays (figure 2.8).

L'Europe a connu différentes vagues d'addiction à l'héroïne, la première ayant touché de nombreux pays occidentaux à partir du milieu des années 70 et une deuxième ayant affecté d'autres pays, notamment ceux d'Europe centrale et orientale, du milieu à la fin des années 90. Par la suite, certains pays ont vu le problème se propager des centres urbains vers des zones plus rurales et des villes de moindre importance. À partir de 2010/2011, dans de nombreux pays européens, les indicateurs ont mis en évidence un recul du nombre de nouveaux consommateurs d'héroïne et l'existence d'une cohorte vieillissante de consommateurs problématiques d'opiacés, dont beaucoup recevaient un traitement de substitution. Les données les plus récentes suggèrent que la tendance à la baisse observée au regard des nouveaux patients admis en traitement pourrait être en train de se stabiliser.

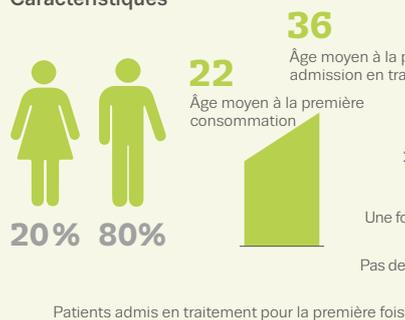
FIGURE 2.8

Estimations nationales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés au cours de l'année écoulée: sélection de tendances et données les plus récentes

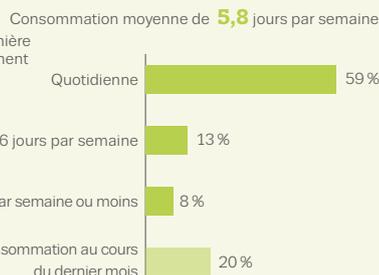


CONSOMMATEURS D'HÉROÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

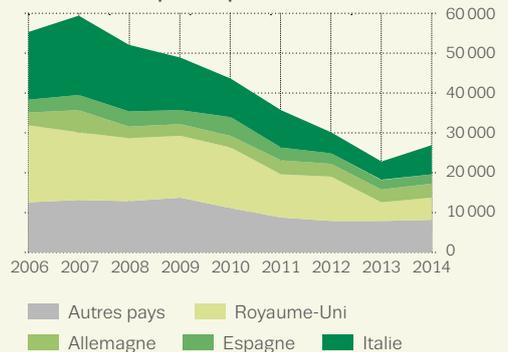
Caractéristiques



Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois

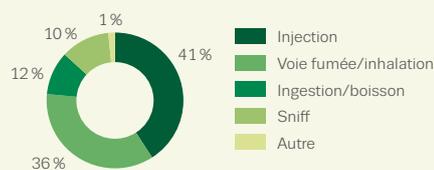


18%



82%

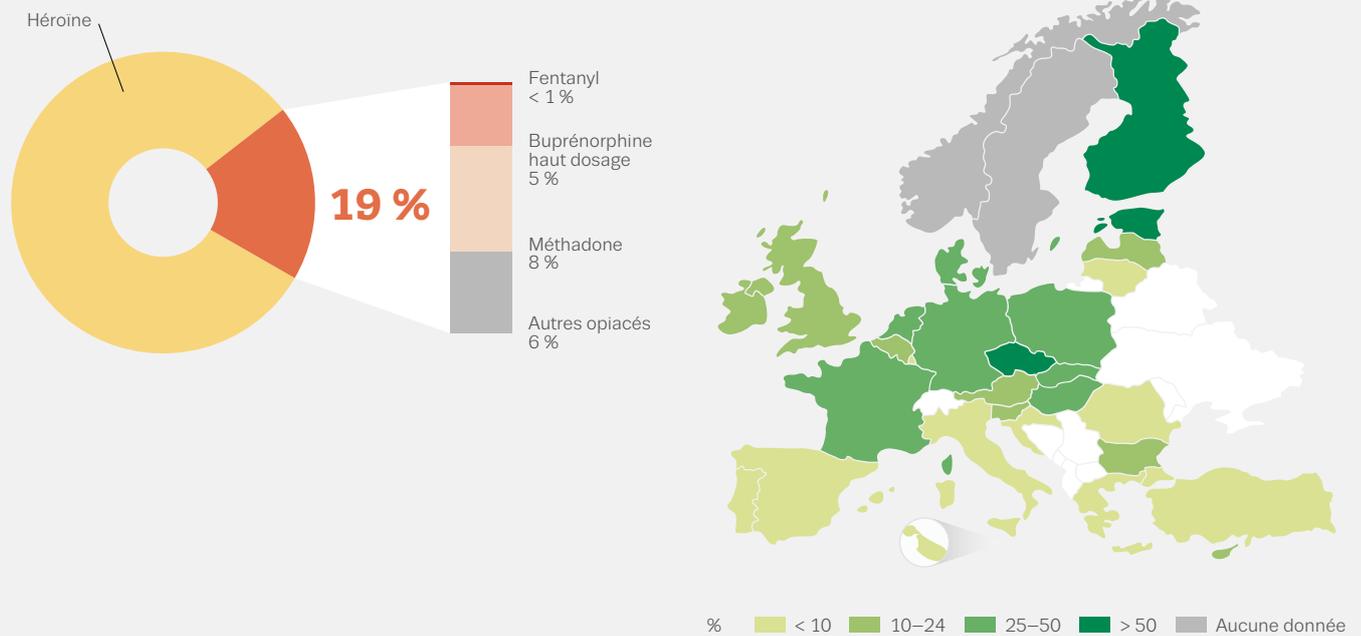
Mode d'administration



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant l'héroïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les données de 2014 concernant l'Italie ne sont pas directement comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national.

FIGURE 2.9

Patients admis en traitement citant les opiacés comme drogue posant le plus de problèmes: par type d'opiacés et en pourcentage des patients citant des opiacés autres que l'héroïne



Sur les 185 000 patients qui ont déclaré consommer principalement des opiacés et ont entamé un traitement spécialisé, 34 000 étaient des nouveaux patients. Le nombre de nouveaux patients venus pour un traitement en lien avec leur usage d'héroïne a été réduit de plus de moitié, passant du nombre record de 59 000 en 2007, lorsqu'ils représentaient 36 % de l'ensemble des nouveaux patients, à 23 000 en 2013 (16 % des nouveaux usagers). La tendance semble s'être stabilisée. Dans les dernières données, 17 pays indiquaient un nombre de nouveaux héroïnomanes en traitement stable ou en baisse, tandis que 9 pays rapportaient une hausse.

Opiacés de synthèse: une préoccupation croissante

Si l'héroïne reste l'opiacé le plus consommé, les opiacés de synthèse sont de plus en plus détournés de leur usage initial. En 2014, 18 pays européens ont déclaré que plus de 10 % de l'ensemble des patients consommateurs d'opiacés admis en traitement spécialisé s'étaient présentés pour des problèmes essentiellement liés à des opiacés autres que l'héroïne, ce qui représente une augmentation par rapport aux 11 pays à l'avoir fait dans l'enquête de 2013 (figure 2.9). Les opiacés cités par les patients entamant un traitement comprenaient la méthadone, la buprénorphine haut dosage, le fentanyl, la codéine, la morphine, le tramadol et l'oxycodone. Dans certains pays, les opiacés autres que l'héroïne

représentent aujourd'hui les opiacés les plus consommés parmi les patients admis en traitement. En Estonie, par exemple, la majorité des patients admis en traitement qui citaient les opiacés comme étant la drogue leur posant le plus de problèmes, consommaient du fentanyl, tandis qu'en Finlande et en République tchèque, la buprénorphine haut dosage était l'opiacé autre que l'héroïne le plus fréquemment détourné de son usage initial.

Les opiacés de synthèse sont de plus en plus détournés de leur usage initial

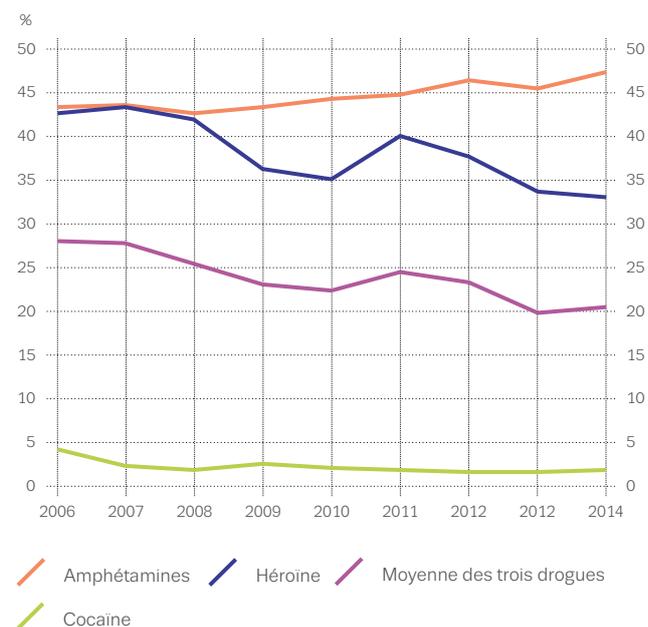
Consommation de drogue par voie intraveineuse: le déclin de l'héroïne

La consommation de drogue par voie intraveineuse est le plus souvent associée aux opiacés, même si, dans certains pays, l'injection de stimulants tels que les amphétamines ou la cocaïne constitue un problème majeur. Bien que le phénomène ne soit pas répandu, des cas d'injection de cathinones de synthèse continuent d'être signalés dans certaines populations particulières, dont les consommateurs d'opiacés par voie intraveineuse, les usagers de drogues en traitement dans certains pays, et de petits groupes d'hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Seize pays disposent d'estimations récentes de la prévalence de la consommation de drogue par injection, estimations qui oscillent entre moins d'un cas et plus de neuf cas pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans.

Parmi les patients qui entamaient pour la première fois un traitement pour consommation de drogue en 2014 et citaient l'héroïne comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes, 33 % déclaraient avoir recours à l'injection comme principal mode d'administration, contre 43 % en 2006 (figure 2.10). Dans ce groupe, les niveaux d'injection varient d'un pays à l'autre, de 11 % en Espagne à plus de 90 % en Lettonie et en Roumanie. Parmi les nouveaux patients qui citaient les amphétamines comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes, 47 % signalaient l'injection comme principal mode d'administration, soit une légère hausse globale depuis 2006. Plus de 70 % des membres de ce groupe sont originaires de République tchèque et consomment de méthamphétamine. Si l'on considère ensemble les trois principales drogues injectées, l'injection comme principale voie d'administration chez les patients admis pour la première fois en traitement en Europe a décliné pour passer de 28 % en 2006 à 20 % en 2014.

FIGURE 2.10

Patients admis en traitement pour la première fois indiquant l'injection comme principal mode d'administration de la drogue leur posant le plus de problèmes



La consommation de drogue par voie intraveineuse est le plus souvent associée aux opiacés

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA**2016**

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

Publications de l'EMCDDA et rapport ESPAD**2012**

Résumé - Rapport 2011 sur l'enquête ESPAD.

Toutes ces publications sont disponibles à l'adresse suivante: www.emcdda.europa.eu/publications

3

**La consommation de drogues illicites
joue un rôle non négligeable en matière
de morbidité**

Les problèmes liés aux drogues et les réponses apportées dans ce domaine

La consommation de drogues illicites joue un rôle non négligeable en matière de morbidité. Des problèmes de santé chroniques et aigus sont associés à l'usage de drogues illicites et aggravés par divers facteurs, dont le mode d'administration, la vulnérabilité personnelle et le contexte social dans lequel les drogues sont consommées. Parmi les problèmes chroniques figurent la dépendance et les maladies infectieuses liées aux drogues, tandis qu'il existe divers problèmes aigus, dont certains sont liés à la drogue consommée, la surdose étant le mieux documenté d'entre eux. Bien que relativement rare, l'usage d'opiacés reste en grande partie responsable de la morbidité et de la mortalité associées à la consommation de drogues. Les risques sont aggravés en cas de consommation par injection. En comparaison, les problèmes de santé liés à l'usage de cannabis sont de toute évidence moins importants mais la prévalence élevée de la consommation de cette drogue pourrait avoir des conséquences en termes de santé

publique. Il est difficile de commenter les problèmes liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives en raison du nombre de substances concernées et du manque d'information à leur sujet.

La prévention et les interventions précoces visent à prévenir l'usage de drogues et les problèmes qui y sont liés, tandis que le traitement pour usage de drogues, y compris les approches psychosociales et pharmacologiques, constitue la principale réponse à la dépendance. Certaines interventions fondamentales, comme le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange de seringues, ont été développées en partie en réaction à la consommation d'opiacés par voie intraveineuse et aux problèmes qui en découlent, en particulier la propagation de maladies infectieuses et les décès par surdose.

Problèmes liés au cannabis: nouvelles informations issues de la recherche

Si la recherche met fréquemment en évidence les relations qui unissent l'usage de drogues et divers problèmes, le lien de causalité est cependant plus difficile à démontrer. Le cannabis étant la drogue la plus répandue en Europe, il est possible que les problèmes associés à sa consommation aient un impact au niveau de la population. Dans une étude internationale qu'elle a récemment menée, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a analysé les

Suivi des problèmes liés aux drogues et réponses apportées dans ce domaine

Les maladies infectieuses liées aux drogues et la mortalité et la morbidité associées à l'usage de drogues sont les principaux dommages suivis de façon systématique par l'EMCDDA. À cela s'ajoutent des données plus limitées sur les passages aux urgences hospitalières pour des problèmes aigus liés à la drogue et des données issues du système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne, qui recense les problèmes associés aux nouvelles substances psychoactives. De plus amples informations sont disponibles en ligne sur les pages consacrées aux principaux indicateurs épidémiologiques, au bulletin statistique et au système d'alerte précoce.

Les informations concernant les réponses sanitaires et sociales apportées à l'usage de drogues et aux problèmes qui en découlent sont fournies à l'EMCDDA par les points focaux nationaux Reitox et des groupes d'experts. Des évaluations d'experts donnent des informations supplémentaires sur la disponibilité d'interventions lorsque des données plus officielles ne sont pas disponibles. Ce chapitre est également étayé par des analyses de données scientifiques disponibles sur l'efficacité des interventions de santé publique. Pour de plus amples informations, voir le site web de l'EMCDDA, en suivant les liens suivants: Health and social responses profiles et Best practice portal.

données scientifiques étayant les problèmes liés à l'usage de cannabis. Elle a conclu que s'il était difficile d'établir une relation de cause à effet entre l'usage de cannabis et certaines conséquences sanitaires et sociales, certains liens sont mis en évidence par des études d'observation. S'agissant des effets indésirables d'une consommation chronique de cannabis, les consommateurs réguliers et de longue date présentent deux fois plus de risques de développer des symptômes et des troubles psychotiques, un risque plus élevé de souffrir de problèmes respiratoires et un risque de développer un syndrome de dépendance. La consommation régulière de cannabis à l'adolescence est associée à un risque plus important de diagnostic de schizophrénie et si la consommation se poursuit jusqu'au début de l'âge adulte, elle semble induire une déficience intellectuelle. Néanmoins, des problèmes somatiques et de santé mentale préexistants ainsi que d'autres facteurs aggravants étant susceptibles de jouer un rôle, il est nécessaire de poursuivre les recherches à ce sujet.

Prévention: programmes familiaux

La consommation de cannabis par les jeunes, souvent conjuguée à la consommation d'alcool et de tabac, constitue l'une des priorités des stratégies de prévention en Europe. La prévention de l'usage de drogues par les jeunes et des problèmes qui en découlent fait intervenir des approches très diverses. Les approches environnementales et universelles ciblent des populations entières, la prévention sélective vise les groupes vulnérables qui courent un plus grand risque de connaître des problèmes d'addiction et la prévention indiquée se concentre sur les individus à risque.

De nombreuses activités de prévention de l'usage de drogues ont lieu en milieu scolaire, où l'efficacité de certaines approches a été relativement bien démontrée. De même, les interventions qui ciblent les familles ont reçu une évaluation positive en ce sens qu'elles jouent un rôle dans la prévention de divers comportements problématiques, dont la consommation de drogues.

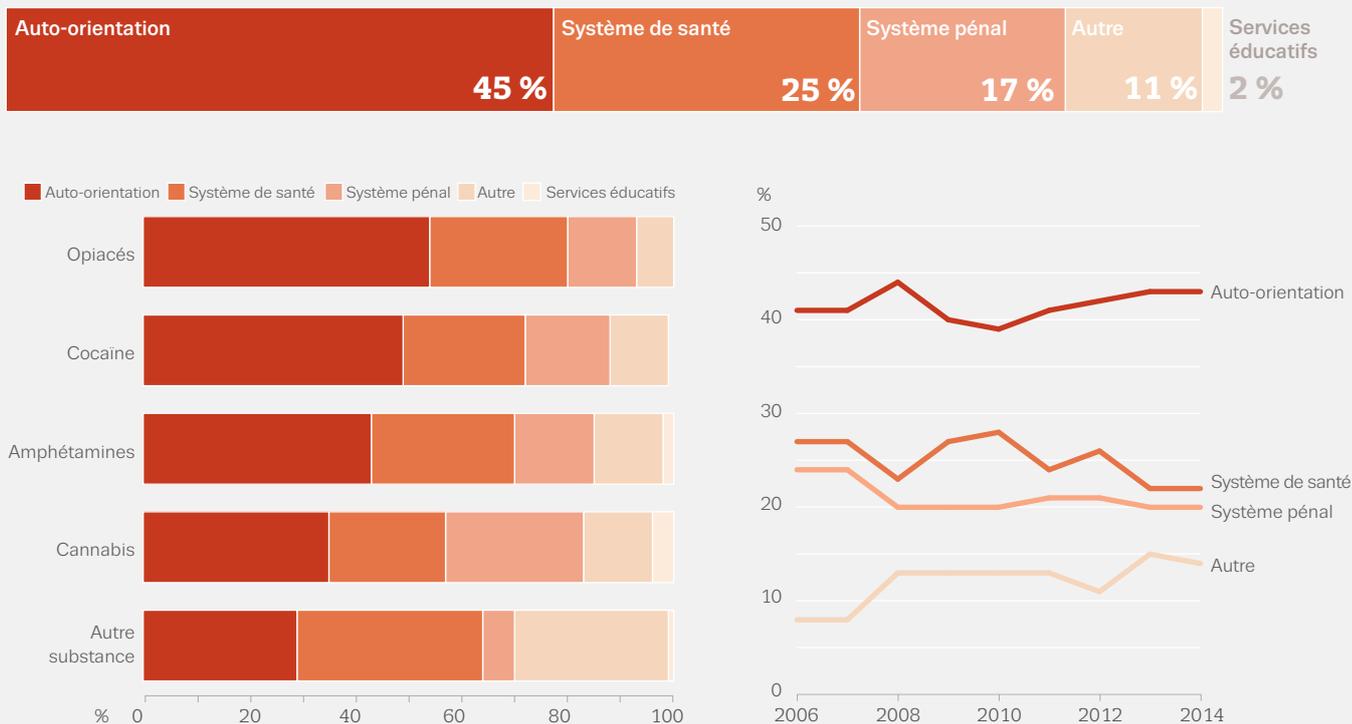
Les programmes de prévention en milieu familial enseignent généralement aux parents à contribuer au développement de leurs enfants de sorte qu'ils acquièrent des compétences propres à leur âge (notamment le contrôle de l'impulsivité, la capacité à vivre en société et la satisfaction différée), compétences qui réduiraient les risques d'usage de drogues et d'autres problèmes comportementaux. La prévention universelle fondée sur la famille cible toutes les familles de la population, avec des interventions axées sur différents stades de développement de l'enfant, tandis que des programmes sélectifs s'adressent aux familles marginalisées et vulnérables, notamment celles dans lesquelles les parents connaissent des problèmes de consommation de drogues. Bien que des actions de prévention destinées aux familles vulnérables existent dans la majorité des pays, des évaluations d'experts de 2013 indiquent que leur couverture est souvent limitée.

Le contenu de bon nombre d'interventions en milieu familial reste peu documenté. Le *Strengthening Families Programme* (programme de renforcement des familles),

De nombreuses activités de prévention de l'usage de drogues ont lieu en milieu scolaire

FIGURE 3.1

Origine des patients admis en traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe en 2014



NB: Le «système pénal» comprend les instances judiciaires, la police et les services de probation; le «système de santé» inclut les médecins généralistes, les centres de traitement des usagers de drogues et les services sociaux, médicaux et de santé; l'«auto-orientation» comprend le patient, sa famille et ses amis. Dans la figure relative aux tendances, les orientations par les services éducatifs sont reprises dans la catégorie «autre».

qui propose des formations dans le domaine des compétences parentales et est actuellement mis en œuvre dans 13 pays européens, fait figure d'exception. Recommandé au niveau international, ce programme vise également à éliminer les obstacles freinant l'implication des parents vulnérables dans la société, en leur proposant des services de transport et de garde d'enfants.

En outre, il existe désormais de nouvelles approches limitées dans le temps, dont la mise en œuvre nécessite moins de ressources. Le programme EFFEKT, par exemple, qui consiste en quelques sessions courtes, a montré qu'un meilleur suivi parental et que l'établissement de règles pouvaient juguler efficacement la consommation d'alcool et améliorer le contrôle de l'impulsivité chez les jeunes aux Pays-Bas et en Suède.

Traitement spécialisé: filières d'orientation des patients

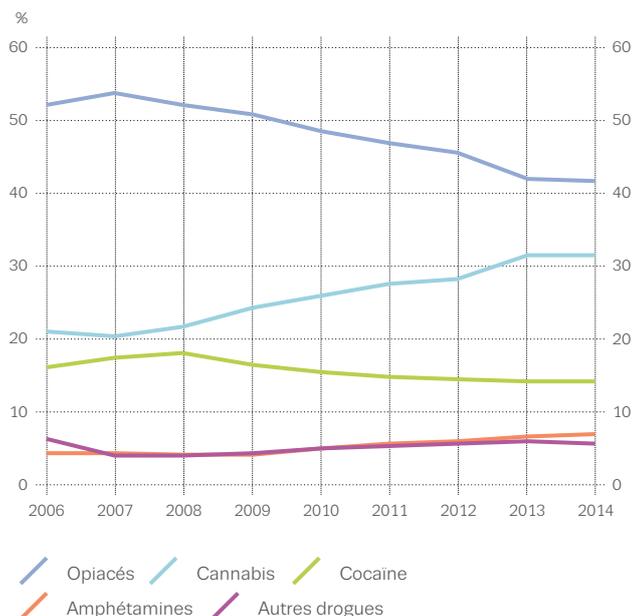
Le traitement pour usage de drogue représente l'intervention principale pour le nombre relativement limité mais significatif de personnes qui ont une consommation

problématique de drogues, notamment une dépendance. Garantir un accès aisé aux services de traitement adéquats est un objectif stratégique essentiel.

Les données sur les acteurs à l'origine de l'orientation des patients nous éclairent sur les filières et les voies empruntées par les usagers de drogue pour entamer un traitement. En 2014, en Europe, 45 % des patients avaient entamé un traitement spécialisé à leur propre demande (auto-orientation) ou à celle d'un membre de leur famille. Ce chiffre variait toutefois en fonction des drogues (figure 3.1) et des pays concernés. Dans l'ensemble, 25 % des personnes admises en traitement ont été orientées par des services de santé et 17 % d'entre elles par le système pénal. Parmi tous les patients suivant un traitement, les consommateurs de cannabis étaient les plus susceptibles d'y avoir été orientés par le système pénal. En Hongrie, environ trois quarts (74 %) des admissions en traitement pour usage de cannabis provenaient de cette source. Globalement, les tendances relatives à l'origine de l'orientation des patients sont, pour l'essentiel, restées stables entre 2006 et 2014.

FIGURE 3.2

Évolution du pourcentage de patients admis en traitement spécialisé, par drogue posant le plus de problèmes à l'usager



Plusieurs pays ont mis en place des dispositifs afin d'écarter du système pénal les auteurs de délits liés à la drogue et de les orienter vers des programmes de traitement. Les personnes concernées peuvent ainsi se voir obligées de suivre un traitement par suite d'une décision de justice ou leur peine peut être suspendue sous réserve de traitement. Cependant, dans certains pays, ces personnes peuvent également être réorientées à un stade plus précoce.

Traitements liés à l'usage de drogues: le plus souvent dans des structures ambulatoires

Selon les estimations, 1,2 million de personnes ont bénéficié d'un traitement pour usage de drogues illicites dans l'Union européenne en 2014 (1,5 million avec la Norvège et la Turquie). Les usagers d'opiacés représentent le plus large groupe de patients suivant un traitement spécialisé et concentrent la majeure partie des ressources disponibles en matière de traitements, essentiellement sous la forme de traitements de substitution. Les consommateurs de cannabis et de cocaïne forment les deuxième et troisième plus grands groupes de patients entamant un traitement spécialisé (figure 3.2), les interventions psychosociales étant le traitement le plus couramment utilisé pour ces patients. Les différences entre pays peuvent cependant être très marquées, les consommateurs d'opiacés représentant jusqu'à 88 % des patients admis en traitement dans certains pays et moins de 10 % dans d'autres.

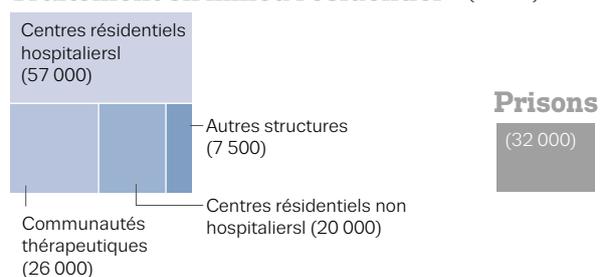
FIGURE 3.3

Nombre de patients suivant un traitement pour usage de drogues en Europe en 2014, par structure

Traitement ambulatoire



Traitement en milieu résidentiel



Prisons

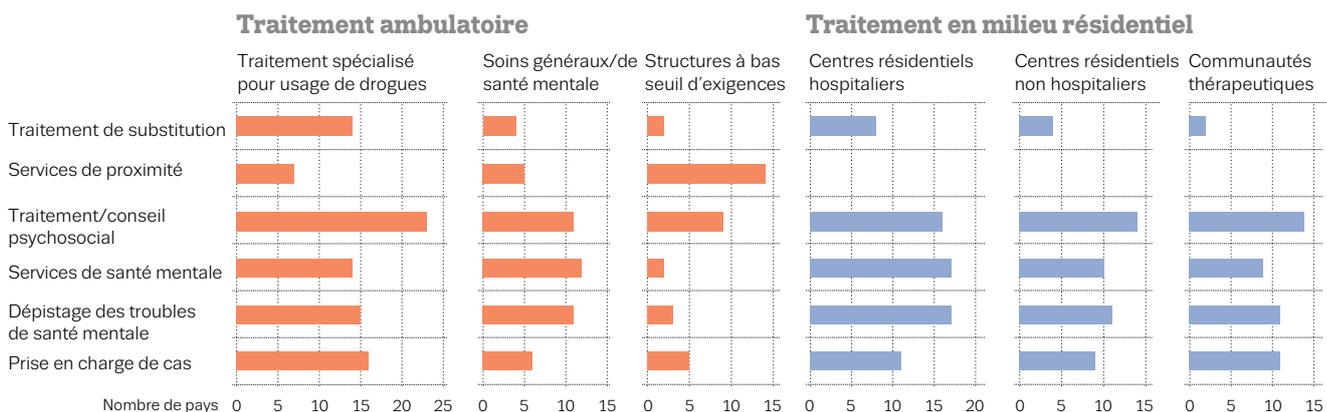
(32 000)

En Europe, la plupart des traitements liés à la consommation de drogues sont dispensés dans des structures ambulatoires, les centres spécialisés représentant le premier fournisseur de ce type de service en termes de nombre d'usagers de drogues traités (figure 3.3), suivis des centres de soins de santé. Ces derniers sont notamment des cabinets de médecins généralistes, qui sont d'importants prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés dans certains grands pays tels que l'Allemagne et la France. Ailleurs, en Slovénie et en Finlande par exemple, les centres de santé mentale peuvent jouer un rôle central dans l'offre de traitements ambulatoires.

Un pourcentage moindre des traitements est dispensé dans des centres avec hébergement, notamment les centres résidentiels hospitaliers (par exemple les hôpitaux psychiatriques), les communautés thérapeutiques, et les centres thérapeutiques résidentiels spécialisés. L'importance relative des services ambulatoires et en milieu résidentiel au sein des systèmes de traitement

FIGURE 3.4

Vue d'ensemble de la disponibilité élevée (>75 %) de certaines actions par structure (évaluations d'experts)



nationaux varie considérablement d'un pays à l'autre. Des évaluations d'experts donnent un aperçu de la disponibilité de certaines interventions dans différentes structures de traitement en Europe (figure 3.4).

Des actions de prévention et de traitement très diverses sont de plus en plus assurées en ligne. Les interventions via Internet ont le potentiel d'élargir la portée et la couverture géographique des programmes de traitement afin d'atteindre les personnes qui souffrent de problèmes

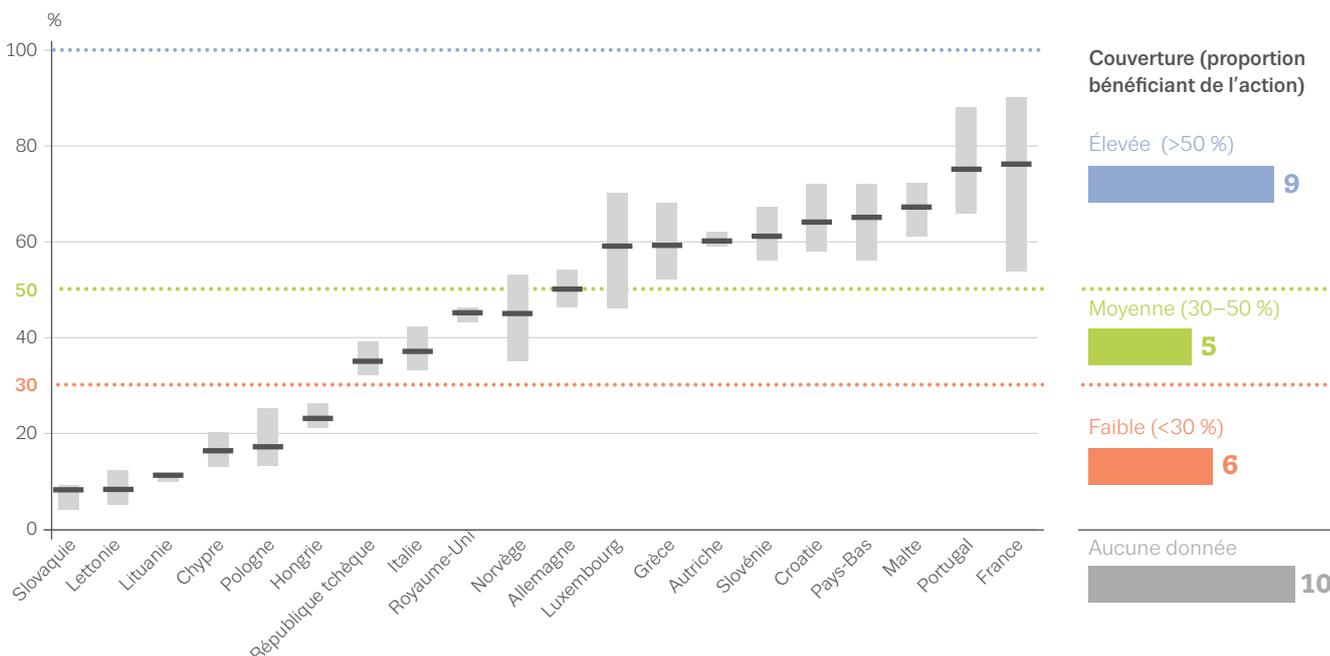
liés à l'usage de drogues et qui, autrement, pourraient ne pas avoir accès à des services spécialisés.

Traitement de substitution pour les problèmes de consommation d'opiacés

Le traitement de substitution, généralement combiné à des interventions psychosociales, est le traitement le plus courant pour la dépendance aux opiacés. Les données

FIGURE 3.5

Pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés suivant un traitement de substitution (estimation)



NB: Données a.chées en estimations de pourcentage et intervalles de con.ance.

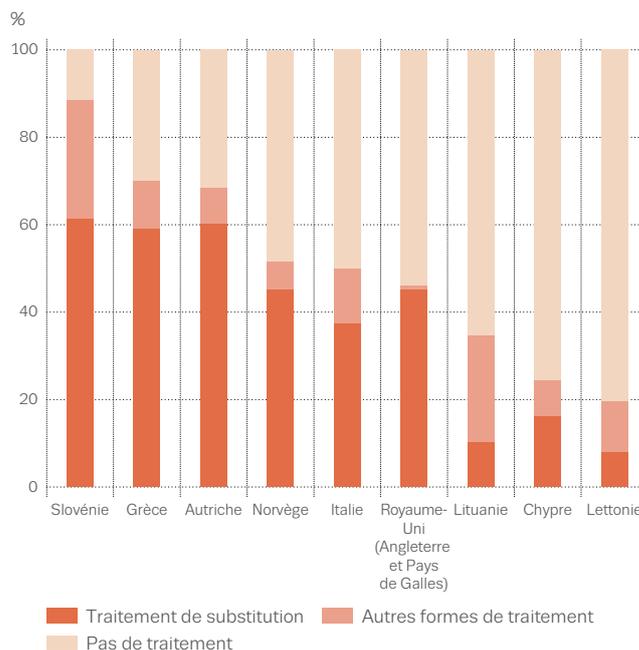
FIGURE 3.7

Les plans d'évaluation et de traitement axés sur la polyconsommation revêtent une certaine importance, étant donné que la plupart des patients admis en traitement consommeront certainement plus d'une substance psychoactive et que certains connaîtront des problèmes avec de multiples substances. Le fait qu'il puisse être particulièrement important d'identifier certaines combinaisons de substances, en raison du risque élevé qu'elles représentent (notamment un plus grand risque de surdose), est, en l'occurrence, un facteur à prendre en considération. Par exemple, les opiacés peuvent être consommés en association avec des benzodiazépines. L'analyse montre que trois quarts des patients admis en traitement pour des problèmes liés à leur usage de drogue sont officiellement enregistrés comme polyconsommateurs, les usagers consommant principalement des opiacés, de la cocaïne ou des amphétamines citant le plus souvent le cannabis et l'alcool comme deuxième produit consommé. De plus, de nombreux consommateurs d'opiacés (en produit principal) signalent également une consommation associée de cocaïne.

Par comorbidité de la consommation de drogues et des troubles mentaux, on entend l'existence des deux états cliniques chez le même individu. Un lien existe également entre certains troubles mentaux et des troubles liés à l'addiction. La comorbidité représente donc un défi tant pour les services de soins que pour les services de santé mentale. Dans un récent tour d'horizon, les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment recensées chez les consommateurs de substances illicites étaient la dépression majeure, les troubles anxieux (principalement attaques de panique et stress post-traumatique) et les troubles de la personnalité (principalement antisocial et borderline). Malgré l'importance de ce problème, il est difficile d'en déterminer l'ampleur, les données disponibles étant limitées et hétérogènes.

Certains éléments indiquent que les femmes traitées pour usage de drogue pourraient avoir des besoins plus complexes, en particulier en ce qui concerne la comorbidité et les responsabilités en matière de garde d'enfants, et nécessiter des services plus ciblés et mieux adaptés à leur féminité. Si les femmes ne représentent au total que 20 % des patients admis en traitement spécialisé (soit un rapport hommes-femmes de 4 pour 1), cette différence varie en fonction des pays (de 5 % à 34 %), et elle est moins marquée chez les nouveaux patients. Les

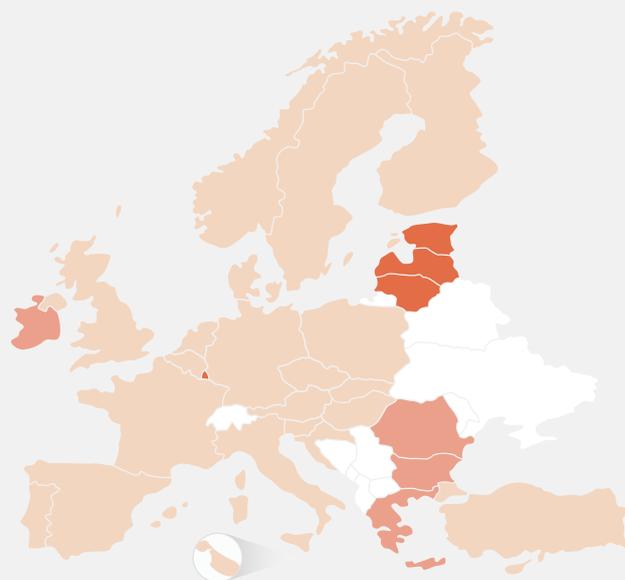
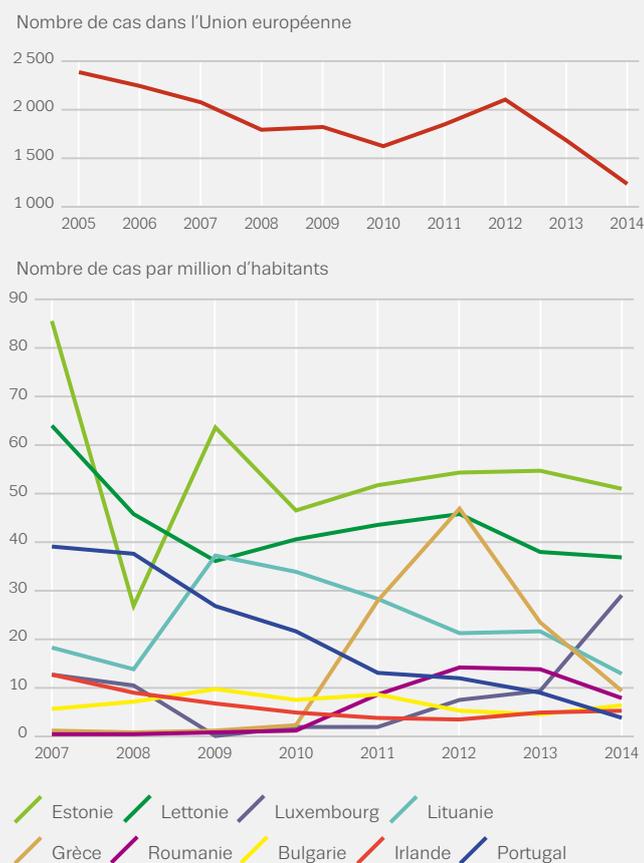
Pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés suivant un traitement pour usage de drogues (estimation)



raisons pour lesquelles le nombre de femmes admises en traitement pour usage de drogue est faible sont diverses. Les différences de sexe dans la prévalence des consommations problématiques et la probabilité de signaler une telle consommation, ainsi que les questions d'accessibilité et d'adéquation des services proposés, peuvent figurer au nombre de ces raisons.

Les femmes traitées pour usage de drogue pourraient avoir des besoins plus complexes

FIGURE 3.8

Nouveaux cas d'infections au VIH diagnostiqués liés à l'usage de drogue par injection: situation générale, sélection de tendances et données les plus récentes

Nombre de cas par million d'habitants ■ <5,1 ■ 5,1–10,0 ■ >10,0

Données pour 2014 (source: ECDC).

Épidémies de VIH: les consommateurs de stimulants par injection

Les usagers de drogues, en particulier ceux qui pratiquent l'injection, courent le risque de contracter des maladies infectieuses en partageant leur matériel d'injection ou en ayant des rapports sexuels non protégés. L'injection de drogue continue de jouer un rôle essentiel dans la transmission des maladies infectieuses véhiculées par le sang, comme le virus de l'hépatite C (VHC) et, dans certains pays, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Parmi tous les cas de VIH notifiés en Europe dont la voie de transmission est inconnue, le pourcentage imputable à l'usage de drogues par injection reste faible et stable (en-deçà de 8 % au cours de la dernière décennie). Des taux plus élevés ont cependant été signalés pour la Lituanie (32 %), la Lettonie (31 %), l'Estonie (28 %) et la Roumanie (25 %).

Les données les plus récentes montrent que la diminution à long terme du nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les usagers par injection se poursuit dans l'Union européenne. En 2014, le taux moyen de nouveaux cas déclarés de VIH diagnostiqués, imputés à l'usage de drogues par injection, était de 2,4 par million

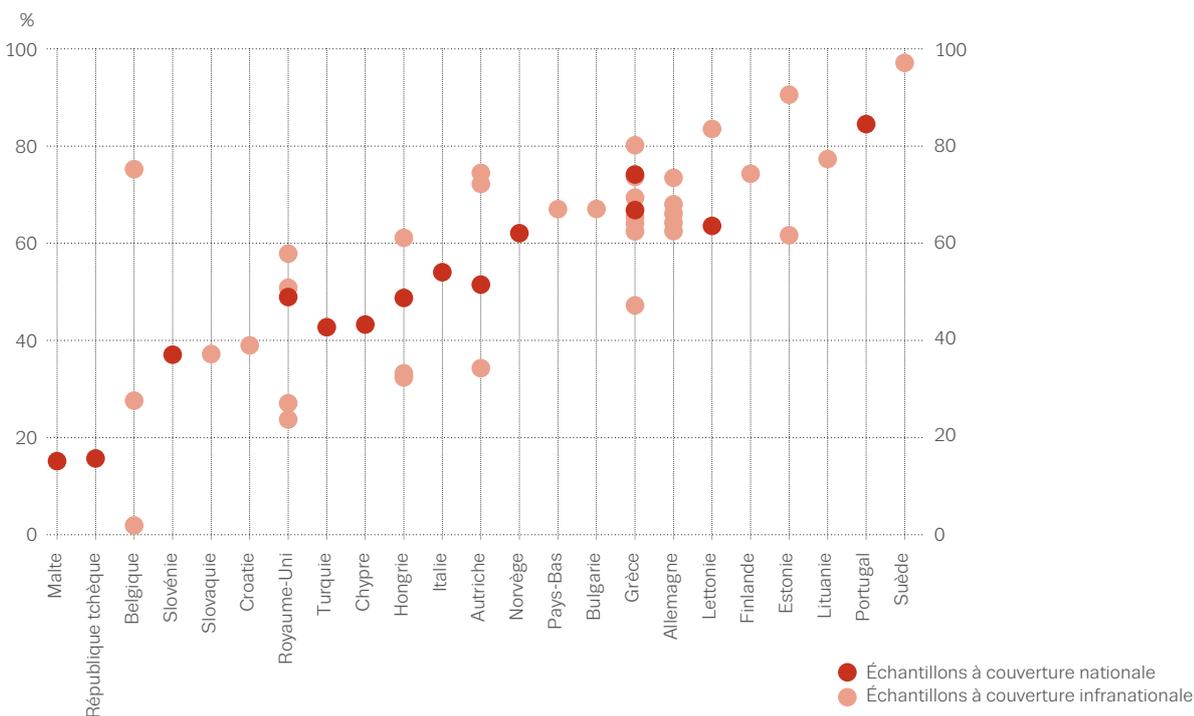
d'habitants, soit moins de la moitié du chiffre enregistré en 2005 (5,6 par million). Des taux plus élevés ont cependant été signalés dans certains pays, notamment en Estonie et en Lettonie. En Grèce et en Roumanie, des pays qui ont déjà connu des épidémies locales, les taux de nouveaux cas diagnostiqués déclarés sont en baisse depuis 2012 (figure 3.8).

En 2014, 1 236 nouveaux cas de VIH diagnostiqués liés à l'injection de drogues ont été signalés dans l'Union européenne, soit le chiffre le plus faible enregistré depuis plus d'une décennie. Des épidémies localisées de nouvelles infections par le VIH chez les consommateurs de drogue par injection ont toutefois été recensées en Irlande, au Royaume-Uni (Écosse) et au Luxembourg en 2015. Des changements intervenus dans les habitudes de consommation de drogues, en particulier une augmentation de l'injection de stimulants et des niveaux élevés de marginalisation ont été des facteurs communs à l'origine de plusieurs de ces récentes épidémies de VIH.

En 2014, 15 % des nouveaux cas de sida en Europe étaient imputés à l'usage de drogues par injection, avec 590 cas déclarés, soit un peu plus d'un quart du nombre

FIGURE 3.9

Prévalence d'anticorps VHC chez les usagers de drogue par injection en 2013/2014



enregistré il y a une décennie. Le diagnostic précoce est crucial pour empêcher l'infection par le VIH d'évoluer vers le sida, ce qui est particulièrement vrai pour les usagers de drogue par injection, groupe concerné par la transmission, incluant la part la plus importante de personnes se présentant aux services de santé à un stade avancé d'infection (61 %). De plus, dans certains pays tels que la Grèce, la Lettonie et la Roumanie, où le nombre de nouveaux cas de SIDA diagnostiqués reste élevé, il pourrait s'avérer nécessaire de renforcer le dépistage et le traitement du VIH.

Problèmes posés par l'injection: principales maladies

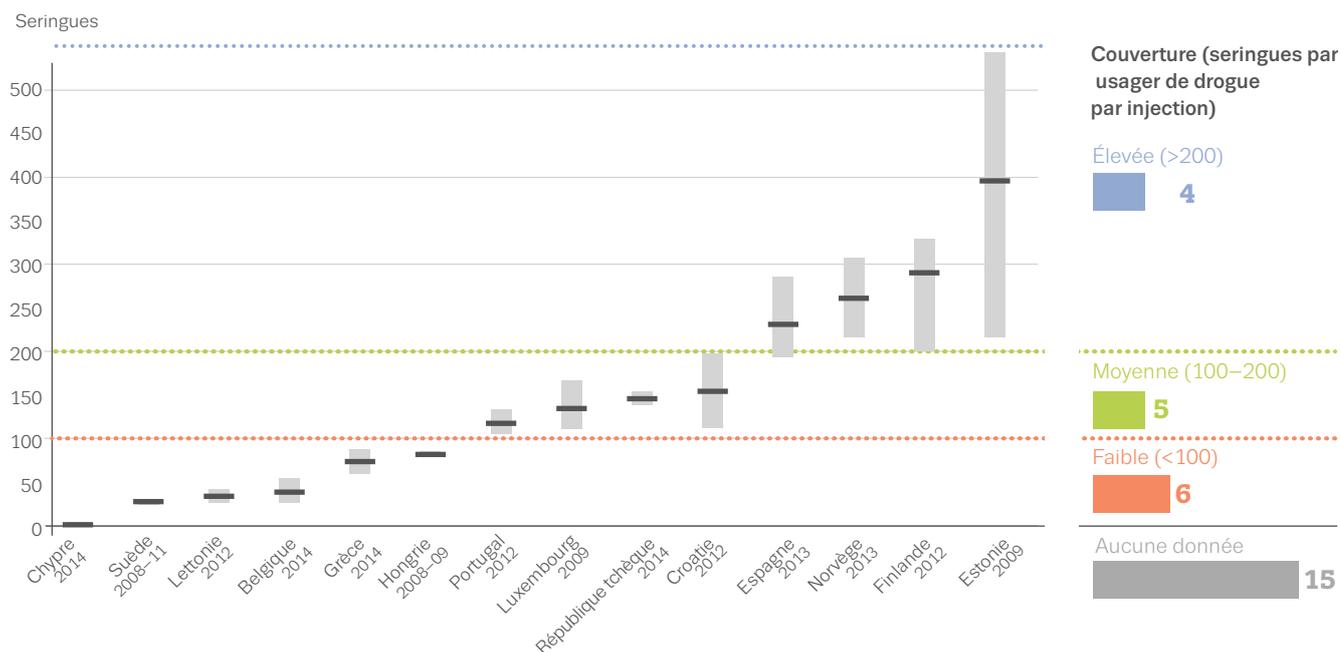
L'hépatite virale, et plus particulièrement l'infection causée par le virus de l'hépatite C (VHC), est extrêmement répandue chez les usagers de drogue par injection en Europe. Cette situation peut avoir des conséquences graves à long terme, car l'infection par le VHC, souvent aggravée par une forte consommation d'alcool, est susceptible d'engendrer une hausse du nombre de cas de maladies hépatiques, notamment de cirrhose et de cancer du foie, au sein d'une population vieillissante d'usagers problématiques de drogues.

La prévalence des anticorps anti-VHC, qui indiquent une infection présente ou passée, au sein des échantillons nationaux d'usagers de drogues par injection en 2013-2014 oscillait de 15 à 84 %, six pays sur les 13 à disposer de données nationales faisant état de taux supérieurs à 50 % (figure 3.9). Parmi les pays qui disposent de données nationales relatives aux tendances pour la période 2006-2014, cinq pays ont observé une hausse de la prévalence des anticorps anti-VHC chez les usagers de drogues par injection, tandis qu'un recul a été constaté à Malte et en Norvège.

L'injection de drogue constitue un facteur de risque de contracter d'autres maladies infectieuses, dont l'hépatite B, le tétanos et le botulisme. Des cas groupés ou isolés de botulisme par blessure ont été signalés chez les usagers de drogues par injection en Europe, notamment en Norvège et au Royaume-Uni, entre 2013 et 2015. Les infections bactériennes survenant au point d'injection sont également fréquentes; une vaste épidémie d'infections des tissus mous a été signalée en Écosse en 2015.

FIGURE 3.10

Nombre de seringues distribuées par les programmes spécialisés, par usager de drogue par injection (estimation)



NB: Données affichées en estimations de pourcentage et intervalles de confiance.

Maladies infectieuses: mesures de prévention

Parmi les principales approches adoptées afin de réduire les maladies infectieuses liées aux drogues chez les usagers par injection figurent le traitement de substitution aux opiacés, la distribution de matériel d'injection, le dépistage, le traitement de l'hépatite C et le traitement antirétroviral contre le VIH.

Pour les consommateurs d'opiacés par injection, le traitement de substitution réduit considérablement le risque d'infection, certaines analyses indiquant même une augmentation des effets protecteurs lorsqu'une large couverture thérapeutique est associée à des niveaux élevés de distribution de seringues.

Des preuves attestent que les programmes d'échange de seringues peuvent réduire les comportements à risque et donc la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue par injection. Du matériel d'injection propre est mis à disposition gratuitement dans des points de distribution spécialisés dans la quasi-totalité des pays. Toutefois, la répartition géographique des points de distribution des seringues ainsi que les estimations du nombre de seringues distribuées varient considérablement d'un pays à l'autre (figure 3.10). Des informations sur la distribution de seringues dans le cadre de programmes spécialisés sont disponibles pour 23 pays, qui, ensemble, ont déclaré la distribution d'environ 36 millions de seringues en 2014. Ce nombre est en-dessous de la réalité, car plusieurs

grands pays tels que la France, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni ne communiquent pas de données nationales complètes sur cette distribution.

Le dépistage et le traitement des maladies infectieuses peuvent contribuer à réduire l'incidence et la prévalence des infections chez les consommateurs de drogues. En effet, grâce au dépistage, les usagers de drogues peuvent prendre conscience de leur statut infectieux et ainsi entamer un traitement de façon plus précoce. Cependant, les préjugés et la marginalisation, ainsi que la méconnaissance des possibilités de dépistage et de traitement, restent des obstacles. Des données cliniques confirment qu'il est préférable d'entamer le traitement antirétroviral immédiatement après que l'infection au VIH ait été diagnostiquée afin de prévenir tout déclin supplémentaire de la fonction immunitaire.

Les interventions de réduction des risques et de santé sexuelle ciblées revêtent également de l'importance pour influencer sur les nouvelles habitudes d'injection et sur les nouveaux comportements sexuels signalés dans les petits groupes d'hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Il peut être particulièrement important d'établir des liens entre les services de soins et les services de santé sexuelle, tout en dispensant une éducation en matière de santé, en distribuant du matériel d'injection stérile et, dans certains cas, en assurant une prophylaxie préexposition à l'aide de médicaments antirétroviraux.

| Hépatite C: nouveaux traitements

Les mesures de prévention qui ciblent la transmission du virus de l'hépatite C sont semblables à celles du VIH. L'infection au VHC étant très courante chez les consommateurs de drogues par injection, il est essentiel, dans le cadre d'une réponse préventive globale, de réduire le nombre de personnes susceptibles de la transmettre en proposant un traitement contre ce virus. De nouvelles directives européennes recommandent de fournir un traitement contre le VHC aux consommateurs de drogues de manière individualisée et au sein d'une structure pluridisciplinaire. Depuis 2013, le traitement de l'infection au VHC repose de plus en plus sur des traitements sans interféron administrés entièrement par voie orale et comprenant des agents antiviraux à action directe. Ces médicaments sont extrêmement efficaces, réduisent le temps de traitement et engendrent moins d'effets secondaires que les médicaments plus anciens. Par ailleurs, ces médicaments peuvent être mis à disposition dans des services de soins spécialisés au sein de structures communautaires, ce qui peut accroître le recours au traitement et sa disponibilité.

Les nouveaux médicaments contre le VHC sont chers comparés aux médicaments plus anciens. Une enquête menée dans 21 pays de l'Union européenne en 2015 a permis à l'EMCDDA de constater que le coût de référence moyen d'un traitement de trois mois à l'aide d'un nouveau médicament s'élevait à environ 60 000 EUR, alors qu'il oscillait entre 17 000 à 26 000 EUR lorsque des médicaments de la génération précédente étaient utilisés. Compte tenu de la prévalence élevée de l'infection au VHC chez les usagers de drogues par injection, garantir un accès optimal à de nouveaux médicaments prometteurs reste un défi clé pour les responsables politiques.

| Santé en prison: une réponse globale est nécessaire

Les détenus présentent, par rapport à la population générale, des taux globalement plus élevés d'usage de drogue, mais aussi des modes de consommation davantage à risque, comme l'indiquent de récentes études qui révèlent qu'entre 6 et 48 % des détenus se sont déjà injecté de la drogue. La prévalence élevée de l'usage de drogues au cours de la vie fait des détenus une population aux besoins sanitaires complexes, et il est important qu'ils bénéficient d'un bilan de santé approfondi lors de leur incarcération. L'OMS recommande la mise en place d'une série d'actions préventives au sein des prisons, dont un dépistage gratuit et volontaire des maladies infectieuses, la distribution de préservatifs et de matériel d'injection stérile, le traitement des maladies infectieuses et le traitement de la dépendance à la drogue.

De nombreux pays ont établi des partenariats entre les services sanitaires des prisons et des prestataires actifs au sein de la communauté, qui proposent des actions d'éducation sanitaire et de traitement en prison et assurent la continuité du traitement lors de l'incarcération et de la sortie de prison. Sur les 30 pays analysés par l'EMCDDA, 27 ont signalé la disponibilité de traitements de substitution aux opiacés dans les prisons. Globalement, il semble qu'une proportion croissante de la population carcérale puisse bénéficier d'un traitement de substitution, ce qui témoigne de la plus grande disponibilité de cette offre au sein de cette communauté. La distribution de matériel d'injection stérile est moins répandue, seuls trois pays faisant état de l'existence de programmes d'échange de seringues dans les prisons.

Urgences hospitalières: un aperçu des problèmes aigus rencontrés

Les données émanant des urgences hospitalières livrent des enseignements uniques sur les problèmes de santé aigus rencontrés. Une analyse réalisée en 2014 par le réseau européen des situations d'urgence imputables aux drogues (Euro-DEN), qui recense les passages aux urgences pour des problèmes liés aux drogues dans 16 hôpitaux (sentinelles) sélectionnés dans dix pays européens, a établi que les hommes (76 %) et les jeunes adultes (âge médian de 32 ans pour les hommes et de 28 ans pour les femmes) étaient à l'origine de la majeure partie des 5 409 visites déclarées. Les visites concernaient l'héroïne dans 24 % des cas, la cocaïne dans 17 % d'entre eux, et le cannabis dans 16 % d'entre eux.

Dans de nombreux cas, plusieurs drogues ont été détectées, avec 8 358 tests positifs à différentes drogues sur les 5 409 passages recensés (figure 3.11). Deux tiers des visites concernaient l'usage de drogues classiques telles que l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et la MDMA; un quart d'entre elles concernaient des médicaments délivrés sur ordonnance ou en vente libre (le plus souvent des opiacés et des benzodiazépines); et 6 % étaient dues à de nouvelles substances psychoactives. Toutes drogues confondues, l'héroïne était la substance la plus fréquemment citée et, plus spécifiquement, l'opiacé le plus souvent signalé (67 % des opiacés cités), suivie par la méthadone (12 %) et la buprénorphine haut dosage (5 %), avec des schémas variables en fonction des sites. Plus de trois quarts des visites liées aux nouvelles substances psychoactives concernaient une cathinone et deux tiers de celles-ci concernaient la méphédrome.

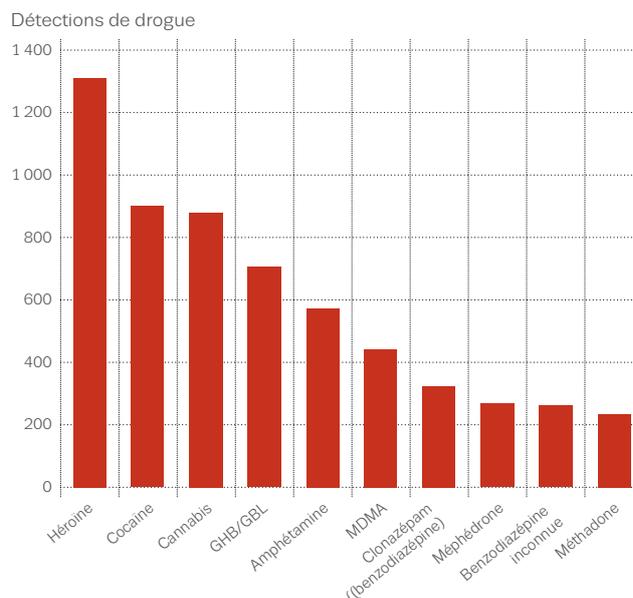
Les drogues à l'origine des passages aux urgences différaient selon les hôpitaux, reflétant ainsi les habitudes locales de consommation problématique. Par exemple, les situations d'urgence liées à l'héroïne et aux amphétamines étaient les plus courantes à Oslo, tandis que les visites liées au GHB/GBL, à la cocaïne, à la méphédrome et à la MDMA prédominaient à Londres, témoignant des habitudes de consommation locale associées aux établissements récréatifs nocturnes.

La majorité (79 %) des personnes admises pour un problème lié aux drogues ont pu quitter l'hôpital dans les 12 heures. Au total, 27 décès ont été enregistrés (0,5 % de l'ensemble des passages), pour la plupart liés aux opiacés.

Rares sont les pays dans lesquels existent des systèmes d'observation nationaux qui permettent d'analyser les tendances dans le domaine des intoxications aiguës liées aux drogues. Des signalements indiquent que, parmi les

FIGURE 3.11

Les dix drogues les plus détectées dans le cadre d'admissions aux urgences dans des hôpitaux sentinelles en 2014



NB: résultats extraits de 5 409 admissions aux urgences dans 16 hôpitaux sentinelles dans 10 pays européens.
Source: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

pays qui assurent un suivi à plus long terme, les situations d'urgence liées à des problèmes aigus d'héroïne sont en hausse au Royaume-Uni, tandis qu'elles diminuent en République tchèque et au Danemark, deux pays qui ont par ailleurs rapporté une augmentation du nombre des situations d'urgence liées aux autres opiacés. Une hausse constante du nombre de situations d'urgence aiguës liées au cannabis a été observée en Espagne, tandis que les Pays-Bas rapportent des augmentations du nombre de personnes intoxiquées à la MDMA qui se présentent aux postes de premiers secours lors de festivals, et du nombre d'intoxications aiguës liées à la nouvelle substance psychoactive 4-FA (4-fluoroamphétamine).

Les données concernant les urgences hospitalières livrent des enseignements uniques sur les problèmes de santé aigus rencontrés

Nouvelles drogues: défis sanitaires

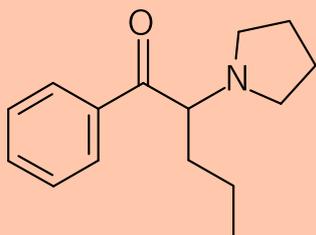
Les nouvelles substances sont associées à divers risques graves en Europe, dont des intoxications aiguës et des décès. Certains risques sont également associés aux habitudes d'injection des drogues, en particulier de stimulants tels que la méphédrone, l'alpha-PVP, la MDPV et la pentédrone. Même si elles sont rares, les intoxications de masse peuvent peser lourdement sur les systèmes de soins de santé. Par exemple, les cannabinoïdes de synthèse ont été à l'origine de plus de 200 passages aux urgences en moins d'une semaine en 2015, en Pologne, dans le cadre d'une intoxication massive.

Depuis début 2014, des risques sérieux associés à l'usage d'une nouvelle substance ont été à l'origine de 34 alertes de santé publique lancées par l'EMCDDA à l'intention des membres du système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne. Au cours de cette période, sept nouvelles substances ont fait l'objet d'une évaluation en termes de risques. Plus récemment, de nouveaux opiacés, tel que l'acétylfentanyl, qui a fait l'objet d'un rapport conjoint de l'EMCDDA et d'Europol en 2015, ont été cause de préoccupations après avoir été associés à 32 décès. De nombreux fentanylils ont une forte teneur en principe actif et peuvent être vendus comme de l'héroïne à des consommateurs peu méfiants, avec le risque élevé de surdose et de décès que cela implique.

Lutter contre les nouvelles drogues: interventions essentielles

En général, les actions de prévention, de traitement et de réduction des risques en place pour traiter les problèmes associés aux drogues classiques sont jugées adéquates, ou pourraient être facilement adaptées, pour répondre aux besoins des consommateurs de nouvelles drogues. Cependant, les problèmes associés à la consommation de nouvelles substances psychoactives et à d'autres drogues telles que le GHB, la kétamine et la méphédrone engendrent des défis particuliers dans différentes structures, telles que les prisons, les services de santé sexuelle et les centres de soins à bas seuil d'exigences. Parmi les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions de lutte axées sur ces substances figurent l'accès aux populations consommatrices de drogues difficiles à atteindre (par exemple, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes), la gestion des comportements chaotiques d'injection dans les groupes vulnérables, et la prise en charge des épisodes psychotiques aigus liés à l'usage de nouvelles drogues parmi les détenus. Dans de telles situations, il est important de mettre au point des interventions spécifiquement centrées sur la consommation de nouvelles drogues et sur les problèmes sanitaires qui en découlent. Ainsi, par exemple, il importe de fournir du matériel et des conseils visant à réduire les risques de manière ciblée ainsi que des directives de traitement spécialisées.

Évaluation des risques de l'alpha-PVP



Une évaluation européenne des risques a été menée sur l'alpha-PVP (alpha-pyrrolidinopentiophénone) en novembre 2015. L'alpha-PVP est une cathinone de synthèse et un psychostimulant à forte teneur en principe actif, semblable à la MDPV. Il est disponible sur le marché des drogues de l'Union européenne depuis février 2011 au moins et a été repéré dans l'ensemble des 28 États membres. L'alpha-PVP a été décelé dans 191 intoxications aiguës et 115 décès. Dans 20 % des décès, l'alpha-PVP a été indiqué comme étant la cause du décès ou ayant contribué au décès; dans cinq de ces cas, l'alpha-PVP était la seule substance détectée.

Hausses récentes des décès par surdose

La consommation de drogue est une cause reconnue de mortalité évitable chez les adultes européens. Des études de cohorte menées auprès de consommateurs problématiques de drogue font état de taux de mortalité globaux de l'ordre de 1 à 2 % par an. Globalement, en Europe, les consommateurs d'opiacés ont cinq à dix fois plus de risques de mourir que les autres personnes du même âge et du même sexe. La mortalité accrue observée chez ces usagers est principalement liée à la surdose, mais d'autres causes de décès indirectement liées à l'usage de drogues, telles que les infections, les accidents, la violence et le suicide, revêtent également une certaine importance.

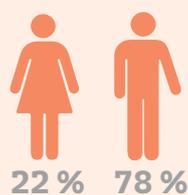
En Europe, les surdoses restent la principale cause de décès des usagers de drogues, et plus de trois quarts des victimes de surdoses sont des hommes (78 %). La plupart des pays de l'Union européenne ont fait état d'une tendance à la hausse des décès par surdose entre 2003 et 2008/2009, période où les niveaux globaux ont commencé à diminuer pour la première fois. La prudence est de mise lors de l'interprétation des données relatives aux surdoses, et en particulier du total cumulé pour l'UE, pour des raisons qui comprennent notamment la sous-déclaration systématique dans certains pays et les processus d'enregistrement entraînant des retards dans les signalements. Les estimations annuelles représentent donc une valeur minimale provisoire. Pour 2014, on estime à au moins 6 800 le nombre de décès par surdose

survenus dans l'Union européenne, soit une hausse par rapport au chiffre révisé de 2013. Comme au cours des années précédentes, le Royaume-Uni (36 %) et l'Allemagne (15 %) représentent à eux deux une large part du total. Les données les plus récentes font état de hausses dans certains pays disposant de systèmes de signalement relativement efficaces, dont l'Irlande, la Lituanie et le Royaume-Uni. La Suède affiche également une tendance marquée à la hausse, qui peut néanmoins être en partie due à l'inclusion de certains cas concernant des personnes de 50 ans et plus sans lien avec un usage de drogues illicites. La Turquie enregistre aussi une importante augmentation des décès par surdose, mais celle-ci peut être partiellement imputable à une amélioration des pratiques de signalement.

En Europe, les consommateurs d'opiacés ont cinq à dix fois plus de risques de mourir que les autres personnes du même âge et du même sexe

DÉCÈS IMPUTABLES À LA DROGUE

Caractéristiques



Âge moyen lors du décès

38

Décès avec présence d'opiacés

82 %

Âge lors du décès



Tendances des décès par surdose

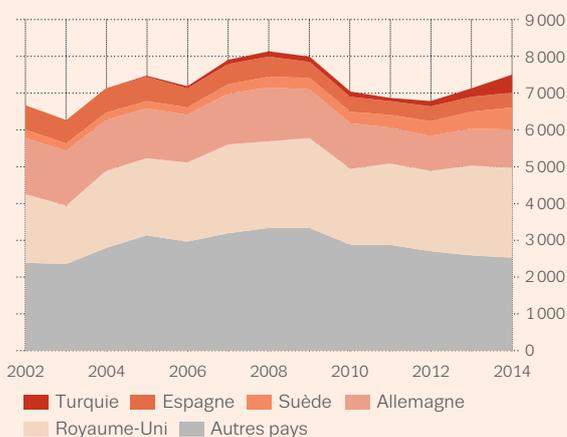
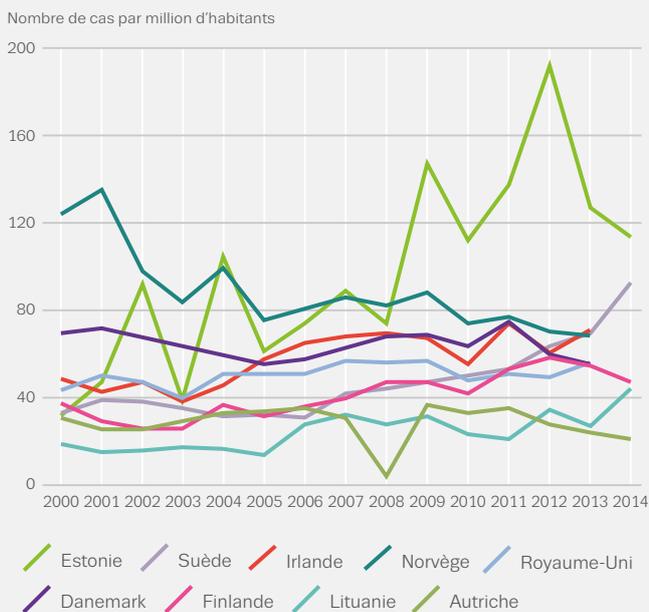
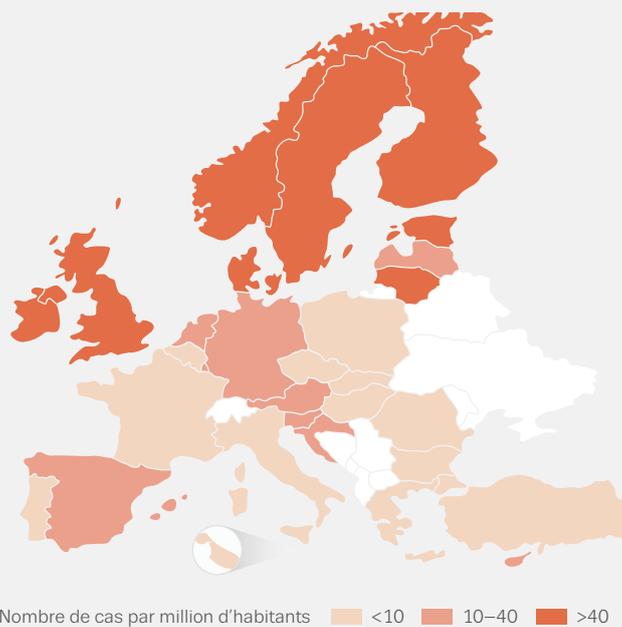


FIGURE 3.12

Taux de mortalité due à la drogue chez les adultes (15-64 ans): sélection de tendances et données les plus récentes



NB: tendances dans les neuf pays ayant déclaré les valeurs les plus élevées en 2014 ou 2013.



Reflétant la nature vieillissante de la population consommatrice d'opiacés en Europe, qui court un plus grand risque de décès par surdose, le nombre déclaré de tels décès a augmenté dans les tranches d'âge supérieures entre 2006 et 2014, tandis qu'il a diminué chez les plus jeunes. Certains pays ont toutefois récemment signalé une légère augmentation du nombre de ces décès chez les moins de 25 ans.

L'héroïne ou ses métabolites sont impliqués dans la majorité des surdoses mortelles signalées en Europe, souvent en combinaison avec d'autres substances. D'autres opiacés sont également couramment mentionnés dans les rapports toxicologiques. Il peut s'agir de méthadone, de buprénorphine haut dosage, de fentanyl ou de tramadol, certains pays rapportant que les substances de ce type sont responsables d'une part importante des surdoses mortelles. Au Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles) par exemple, sur les 1 786 décès enregistrés en 2014 pour lesquels des opiacés ont été évoqués, la méthadone a été citée dans 394 cas et le tramadol dans 240. Parmi les autres pays indiquant la présence d'opiacés autres que l'héroïne dans des surdoses mortelles figurent la France et l'Irlande (principalement pour la méthadone), ainsi que la Finlande, où la buprénorphine haut dosage a été mentionnée dans 75 cas en 2014.

Les stimulants comme la cocaïne, les amphétamines, la MDMA et les cathinones sont impliqués dans un nombre plus limité de décès par surdose en Europe, bien que leur importance varie d'un pays à l'autre. Au Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles), les décès impliquant la cocaïne ont augmenté, passant de 169 en 2013 à 247 en 2014. En Espagne, où les décès liés à la cocaïne sont stables depuis quelques années, cette drogue restait la deuxième drogue la plus citée dans les décès par surdose en 2013 (236 cas).

Les taux de mortalité les plus élevés s'observent dans le Nord de l'Europe

En 2014, le taux de mortalité due à des surdoses en Europe est estimé à 18,3 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux de mortalité varie considérablement selon le pays et dépend de facteurs tels que la prévalence et les modes de consommation de drogues, ainsi que de certains aspects méthodologiques tels que le sous-sigalement et les pratiques de codage. Des taux supérieurs à 40 décès par million d'habitants ont été enregistrés dans huit pays, avec en tête l'Estonie (113 décès par million), la Suède (93 décès par million) et l'Irlande (71 décès par million) (figure 3.12). Des tendances variables ressortent des données les plus récentes.

Prévention des surdoses et des décès liés à la drogue

La réduction des décès par surdose et des autres décès liés à la drogue représente un défi majeur en matière de santé publique en Europe. Les réponses ciblées dans ce domaine sont axées soit sur la prévention des surdoses, soit sur l'amélioration des chances de survie en cas de nécessité. Les traitements, en particulier les traitements de substitution aux opiacés, préviennent les surdoses et réduisent le risque de mortalité des usagers en traitement. Les salles de consommation de drogue à moindre risque visent à prévenir les surdoses et à garantir la disponibilité d'une aide professionnelle en cas de surdose. Six pays proposent actuellement de telles structures (environ 70 au total).

La naloxone est un médicament antagoniste des opiacés qui a la capacité de stopper le processus de la surdose et qui est utilisé dans les services d'urgences hospitalières et par le personnel ambulancier. La naloxone destinée à une administration à domicile est, depuis quelques années, davantage mise à la disposition des usagers d'opiacés, de leurs partenaires, de leurs pairs, de leurs amis et de leurs familles, parallèlement à une formation leur permettant d'identifier et de réagir face à une surdose. Le personnel des services qui sont régulièrement en contact avec les consommateurs de drogues a également accès à cette substance. Selon un récent tour d'horizon européen, huit pays européens proposent des programmes d'administration de naloxone à domicile. Des kits de naloxone sont généralement fournis par les services de soins sous la forme de seringues préremplies, bien qu'en Norvège et au Danemark, un adaptateur permette d'administrer la naloxone par voie nasale. Une récente étude systématique de l'efficacité de la naloxone à domicile a établi que des actions d'éducation et de formation conjuguées à la fourniture de naloxone à domicile réduisaient la mortalité imputable aux surdoses. Ce constat pourrait concerner particulièrement certaines populations présentant un risque élevé de surdose, comme par exemple les détenus récemment sortis de prison. Une évaluation effectuée récemment au sujet du programme d'administration de naloxone mis en œuvre en Écosse a établi qu'il coïncidait avec une réduction de 36 % du taux de décès imputables aux opiacés se produisant dans le mois suivant la sortie de prison.

Services de réduction de la demande: normes de qualité

Les services de réduction de la demande s'étant généralisés, une attention redoublée a été accordée à leur qualité, approche dont l'adoption de «normes minimales de qualité pour la réduction de la demande de drogue dans l'Union européenne» par le Conseil des ministres de l'UE en septembre 2015 a constitué le point d'orgue. Seize normes en matière de prévention, de traitement, de réduction des risques et de réinsertion sociale définissent des références minimales de qualité pour les interventions. Fruits de connaissances d'experts et de décisions politiques adoptées dans 28 pays, les normes récemment adoptées constituent une évolution majeure dans le domaine des drogues au niveau de l'Union européenne. Outre le fait qu'elles accroissent la nécessité de fonder les actions sur des données factuelles et de former correctement le personnel, ces normes facilitent également le partage de bonnes pratiques au niveau européen et encouragent l'échange des connaissances.

Comprendre les coûts des actions antidrogues

Comprendre les coûts des actions antidrogues constitue un aspect important de l'évaluation des politiques. Les informations disponibles concernant les dépenses publiques liées aux drogues en Europe, tant au niveau local que national, demeurent cependant éparses et hétérogènes. Dans les 18 pays qui ont produit des estimations ces dix dernières années, les dépenses publiques liées aux drogues sont comprises entre 0,01 % et 0,5 % du produit intérieur brut (PIB), les interventions sanitaires représentant entre 15 % et 53 % de l'ensemble des dépenses publiques générées par la drogue.

Selon les estimations découlant d'un exercice réalisé récemment, les hospitalisations liées à des traitements pour usage de drogues représentaient, en moyenne, 0,013 % du PIB dans les 15 pays pour lesquels des données étaient disponibles. Cette proportion différerait toutefois considérablement d'un pays à l'autre. Un suivi plus systématique des passages aux urgences hospitalières s'impose si l'on veut obtenir une estimation plus complète du coût de ces hospitalisations.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Rapports d'évaluation des risque
MT-45 [décision 2015/1873/UE du Conseil].
4,4'-DMAR [décision 2015/1873/UE du Conseil].

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Rapports d'évaluation des risque
MDPV [Décision 2015/1875/UE du Conseil].
Methoxetamine [Décision 2015/1875/UE du Conseil].
25I-NBOMe [Décision 2015/1875/UE du Conseil].
AH-7921 [Décision 2015/1875/UE du Conseil].
4-methylamphetamine [Décision 2015/1875/UE du Conseil].
5-(2-aminopropyl)indole [décision 2015/1876/UE du Conseil].

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

Risk assessment report Mephedrone [décision 2010/759/UE du Conseil].

Publications de l'EMCDDA et de l'ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Toutes ces publications sont disponibles à l'adresse suivante: www.emcdda.europa.eu/publications

Annexe

Données nationales utilisées pour estimer la prévalence de l'usage de drogues, notamment l'usage problématique d'opiacés, le traitement de substitution, l'admission en traitement, la consommation de drogues par injection, les décès dus à la drogue, les maladies infectieuses liées à la drogue, la distribution de seringues et les saisies. Les données sont extraites et constituent un sous-ensemble du bulletin statistique 2016 de l'EMCDDA, grâce auquel le lecteur peut accéder à des notes et des métadonnées. Les années auxquelles les données renvoient sont indiquées.

TABLEAU A1

OPIACÉS

Pays	Estimation de l'usage problématique d'opiacés		Patients admis en traitement au cours de l'année						Patients sous traitement de substitution
			Patients usagers d'opiacés en % des patients admis en traitement			% de patients usagers d'opiacés par injection (principal mode d'administration)			
			Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	
Année de l'estimation	Nombre de cas pour 1 000 habitants	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	comptage	
Belgique	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgarie	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
République tchèque	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danemark	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Allemagne	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estonie	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irlande	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Grèce	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Espagne	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
France	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Croatie	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italie	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Chypre	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Lettonie	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Lituanie	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxembourg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Hongrie	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malte	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Pays-Bas	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Autriche	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Pologne	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugal	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Roumanie	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Slovénie	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slovaquie	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finlande	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Suède	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Royaume-Uni	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turquie	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norvège	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Union européenne	–	–	39,2 (175 586)	18,6 (30 396)	52,6 (139 628)	37,8 (60 910)	31,4 (8 248)	40,4 (50 978)	644 324
UE, Turquie et Norvège	–	–	39,6 (185 036)	20,0 (33 816)	53,2 (143 684)	37,4 (63 153)	30,2 (8 950)	40,3 (52 519)	680 413

Les données concernant les patients sous traitement de substitution concernent 2014, ou l'année la plus récente disponible: Danemark et Finlande, 2011; Turquie, 2012; Espagne et Malte, 2013; les données pour l'Irlande sont basées sur un recensement réalisé le 31 décembre 2013.

TABLEAU A2

COCAÏNE

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année					
	Population générale			Population scolaire	Patients usagers de cocaïne en % des patients admis en traitement			% de patients usagers de cocaïne par injection (principal mode d'administration)		
	Année de l'enquête	Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, étudiants (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
		%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgarie	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
République tchèque	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danemark	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Allemagne	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estonie	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irlande	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Grèce	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Espagne	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
France	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Croatie	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italie	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Chypre	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Lettonie	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituanie	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxembourg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Hongrie	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malte	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Pays-Bas	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Autriche	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Pologne	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugal	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Roumanie	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovénie	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slovaquie	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finlande	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Suède	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Royaume-Uni ^(*)	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turquie	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norvège	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Union européenne	–	5,1	1,9	–	13,3 (59 470)	16,4 (26 816)	11,8 (31 430)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,8 (3 709)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	12,8 (59 688)	15,9 (26 882)	11,6 (31 498)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,7 (3 709)

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD.

(*) Les estimations de la prévalence pour la population générale ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles.

TABLEAU A3

AMPHÉTAMINES

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année					
	Population générale			Population scolaire	Patients usagers d'amphétamines en % des patients admis en traitement			% de patients usagers d'amphétamines par injection (principale voie d'administration)		
	Année de l'enquête	Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, étudiants (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
		%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgarie	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
République tchèque	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danemark	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Allemagne	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estonie	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irlande	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Grèce	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Espagne	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
France	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Croatie	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italie	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Chypre	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Lettonie	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Lituanie	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Hongrie	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malte	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Pays-Bas	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Autriche	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Pologne	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugal	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Roumanie	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Slovénie	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Slovaquie	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finlande	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Suède	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Royaume-Uni (¹)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turquie	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norvège (²)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Union européenne	–	3,6	1	–	7 (31 168)	8,2 (13 305)	6,6 (17 411)	20,8 (7 139)	22,5 (3 059)	19,7 (3 950)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	6,9 (32 342)	7,9 (13 326)	6,5 (17 417)	20,8 (7 139)	22,4 (3 059)	19,7 (3 950)

La catégorie «Amphétamines» inclut les amphétamines et les méthamphétamines.

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD.

(¹) Les estimations de la prévalence pour la population générale ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles.

(²) Les patients admis en traitement sont les patients qui déclarent consommer des stimulants autres que la cocaïne, pas seulement des amphétamines.

TABLEAU A4

MDMA

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année		
	Année de l'enquête	Population générale		Population scolaire	Patients usagers de MDMA en % des patients admis en traitement		
		Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, étudiants (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	
Belgique	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgarie	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
République tchèque	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danemark	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Allemagne	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonie	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlande	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Grèce	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Espagne	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
France	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Croatie	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italie	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Chypre	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Lettonie	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Lituanie	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–
Hongrie	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malte	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Pays-Bas	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Autriche	2008	2,3	1,0	–	0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Pologne	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugal	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Roumanie	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Slovénie	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovaquie	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlande	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Suède	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Royaume-Uni (¹)	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turquie	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norvège	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Union européenne	–	3,9	1,7	–	0,3 (1 184)	0,4 (712)	0,2 (424)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	0,3 (1 287)	0,5 (786)	0,2 (453)

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD.

(¹) Les estimations de la prévalence pour la population générale concernent l'Angleterre et le Pays de Galles.

TABLEAU A5

CANNABIS

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année		
	Année de l'enquête	Population générale		Population scolaire	Patients usagers de cannabis en % des patients admis en traitement		
		Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, étudiants (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	
Belgique	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgarie	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
République tchèque	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danemark	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Allemagne	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estonie	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irlande	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Grèce	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Espagne	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
France	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Croatie	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italie	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Chypre	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Lettonie	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Lituanie	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxembourg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Hongrie	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malte	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Pays-Bas	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Autriche	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Pologne	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugal	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Roumanie	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Slovénie	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slovaquie	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finlande	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Suède	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Royaume-Uni (¹)	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turquie	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norvège	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Union européenne	–	24,8	13,3	–	31 (138 783)	46 (75 133)	20,1 (53 241)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	30,4 (141 684)	44,9 (75 767)	19,8 (53 562)

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD.

(¹) Les estimations de la prévalence pour la population générale concernent l'Angleterre et le Pays de Galles.

TABLEAU A6

AUTRES INDICATEURS

Pays	Décès dus à la drogue (15-64 ans)	Cas de VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogue par injection (ECDC)	Estimation de la consommation de drogue par voie intraveineuse		Seringues distribuées par des programmes spécialisés
	Nbre de cas par million d'habitants (comptage)	Nbre de cas par million d'habitants (comptage)	Année de l'estimation	Nbre de cas pour 1 000 habitants	comptage
Belgique	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgarie	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
République tchèque	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Danemark	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Allemagne	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estonie	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irlande	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Grèce	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Espagne	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
France	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Croatie	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italie	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Chypre	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Lettonie	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Lituanie	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxembourg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Hongrie	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malte	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Pays-Bas	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Autriche	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Pologne	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugal	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Roumanie	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Slovénie	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slovaquie	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finlande	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Suède	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Royaume-Uni ⁽¹⁾	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turquie	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norvège	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Union européenne	19,2 (6 400)	2,4 (1 236)	–	–	–
UE, Turquie et Norvège	18,3 (7 107)	2,1 (1 253)	–	–	–

Du fait de problèmes de codage, de couverture et de sous-déclaration dans certains pays, la prudence est de mise lors de la comparaison des décès dus à la drogue.

(¹) Les données relatives aux seringues concernent l'Écosse et le Pays de Galles (2014) et l'Irlande du Nord (2013).

TABLEAU A7

SAISIES

Country	Héroïne		Cocaïne		Amphétamines		MDMA	
	Quantité saisie kg	Nombre de saisies comptage	Quantité saisie kg	Nombre de saisies comptage	Quantité saisie kg	Nombre des saisies comptage	Quantité saisie comprimés (kg)	Nombre de saisies comptage
Pays	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Belgique	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Bulgarie	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
République tchèque	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Danemark	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Allemagne	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Estonie	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Irlande	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Grèce	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Espagne	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
France	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Croatie	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Italie	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Chypre	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Lettonie	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Lituanie	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Luxembourg	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Hongrie	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Malte	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Pays-Bas	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Autriche	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Pologne	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Portugal	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Roumanie	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slovénie	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Slovaquie	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Finlande	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Suède	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Royaume-Uni	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Turquie	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Norvège	8 883	31 785	61 578	77 767	7 599	43 949	6 101 249 (209)	16 656
Union européenne	21 683	40 087	62 120	79 652	8 162	52 497	9 756 265 (219)	20 864
UE, Turquie et Norvège								

La catégorie «Amphétamines» inclut les amphétamines et les méthamphétamines.

Toutes les données ont trait à l'année 2014, sauf pour les Pays-Bas (2012), la Finlande (nombre de saisies, 2013) et le Royaume-Uni (2013).

TABLEAU A7

SAISIES (suite)

Pays	Résine de cannabis		Herbe de cannabis		Plants de cannabis	
	Quantité saisie kg	Nombre de saisies comptage	Quantité saisie kg	Nombre de saisies comptage	Quantité saisie plants (kg)	Nombre de saisies comptage
Belgique	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (-)	1 227
Bulgarie	2	14	1 674	3 516	21 516 (-)	100
République tchèque	15	73	570	2 833	77 685 (-)	484
Danemark	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Allemagne	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (-)	2 400
Estonie	273	31	352	507	- (13)	30
Irlande	677	258	1 102	1 770	6 309 (-)	340
Grèce	36	176	19 568	6 985	14 173 (-)	587
Espagne	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (-)	2 252
France	36 917	-	10 073	-	158 592 (-)	-
Croatie	2	371	1 640	5 591	3 602 (-)	188
Italie	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (-)	1 773
Chypre	0,1	12	203	901	487 (-)	44
Lettonie	30	38	27	366	- (11)	16
Lituanie	841	24	79	341	- (-)	-
Luxembourg	1	78	13	1 015	97 (-)	11
Hongrie	8	101	529	2 058	3 288 (-)	146
Malte	42	39	70	176	8 (-)	5
Pays-Bas	2 200	-	12 600	-	1 600 000 (-)	-
Autriche	101	1 380	1 326	10 088	- (281)	408
Pologne	99	-	270	-	95 214 (-)	-
Portugal	32 877	3 472	108	555	4 517 (-)	302
Roumanie	15	154	145	1 967	- (422)	93
Slovénie	2	73	535	3 673	11 067 (-)	212
Slovaquie	0,1	12	113	1 061	496 (-)	20
Finlande	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Suède	877	6 547	1 041	10 028	- (-)	-
Royaume-Uni	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (-)	15 744
Turquie	30 635	3 972	92 481	41 594	- (-)	3 017
Norvège	1 919	10 509	505	6 534	- (276)	383
Union européenne	573 921	229 037	139 286	452 892	3 396 333 (1 592)	30 053
UE, Turquie et Norvège	606 475	243 518	232 271	501 020	3 396 333 (1 868)	33 453

Toutes les données ont trait à l'année 2014, sauf pour les Pays-Bas (2012), la Finlande (nombre de saisies, 2013) et le Royaume-Uni (2013).

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites

un seul exemplaire:
sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);

exemplaires multiples/posters/cartes:
auprès des représentations de l'Union européenne
(http://ec.europa.eu/represent_fr.htm),
des délégations dans les pays hors UE
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_fr.htm),
en contactant le réseau Europe Direct
(http://europa.eu/europedirect/index_fr.htm)
ou le numéro 00 800 6 7 8 9 10 11
(gratuit dans toute l'UE) (*).

(* Les informations sont fournies à titre gracieux et les appels sont généralement gratuits (sauf certains opérateurs, hôtels ou cabines téléphoniques).

Publications payantes

sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)



À propos de ce rapport

Le rapport Tendances et évolutions présente une analyse très complète du phénomène de la drogue en Europe. Il examine l'offre de drogue, les modes de consommation et les problèmes de santé publique ainsi que les politiques antidrogue et les réponses apportées au problème. Avec le Bulletin statistique en ligne, les Synthèses nationales et les Perspectives sur les drogues, il compose le dossier du Rapport européen sur les drogues 2016.

À propos de l'EMCDDA

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) est la source centrale et l'autorité confirmée dans le domaine des questions liées à la drogue en Europe. Depuis plus de 20 ans, il collecte, analyse et diffuse des informations scientifiques sur les drogues et les toxicomanies et sur leurs conséquences, offrant ainsi à ses publics un aperçu du phénomène des drogues au niveau européen sur la base de données factuelles.

Les publications de l'EMCDDA sont une source essentielle d'informations pour un large éventail de publics, notamment: les responsables politiques et leurs conseillers, les professionnels et les chercheurs actifs dans le domaine des drogues et, plus généralement, les médias et le grand public. Basé à Lisbonne, l'EMCDDA est une des agences décentralisées de l'Union européenne.

