



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

FR

ISSN 1977-9887

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2017



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2017

| 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 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, 2017

| | | | | |
|-------|------------------------|----------------|--------------------|-------------------|
| Print | ISBN 978-92-9497-061-9 | ISSN 1977-9887 | doi:10.2810/4550 | TD-AT-17-001-FR-C |
| PDF | ISBN 978-92-9497-102-9 | ISSN 2314-9108 | doi:10.2810/992006 | TD-AT-17-001-FR-N |

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2017
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Cette publication doit être référencée comme suit:
Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2017), *Rapport européen sur les drogues 2017: Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Printed in Belgium

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (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 | COMMENTAIRE L'état du phénomène de la drogue en Europe en 2017 |
| 19 | CHAPITRE 1 L'offre de drogues et le marché |
| 41 | CHAPITRE 2 Usages de drogues: prévalence et tendances |
| 61 | CHAPITRE 3 Les problèmes liés aux drogues et les réponses apportées dans ce domaine |
| 83 | ANNEXE Tableaux de données nationales |

| Préface

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons l'édition 2017 du *Rapport européen sur les drogues: Tendances et évolutions*, la publication phare de l'EMCDDA qui contient les données les plus récentes sur le phénomène de la drogue en Europe et les réponses apportées dans ce domaine. Nous vous proposons un dossier contenant une multitude d'informations et d'analyses à plusieurs niveaux, élaborées à partir des données et statistiques les plus récentes fournies par nos partenaires nationaux.

Cette édition 2017 du rapport s'accompagne d'une nouvelle série de synthèses, qui prennent la forme d'un panorama national des drogues pour chacun des 30 pays concernés et qui présentent des résumés accessibles en ligne sur les tendances et évolutions nationales en matière de drogues observées dans les politiques et les pratiques mises en œuvre dans les pays européens.

Si cette publication fait le point sur le phénomène de la drogue en Europe au cours d'une année donnée, elle s'appuie également sur le rapport triennal sur les marchés des drogues dans l'UE, publié en 2016. Courant de cette année, elle sera en outre complétée par le premier rapport de l'UE spécifiquement consacré aux réponses sanitaires et sociales aux problèmes liés aux drogues.

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) a pour mission de collecter des données et de veiller à ce qu'elles soient adaptées aux objectifs. Ce faisant, nous nous efforçons de fournir les éléments les plus fiables qui soient et de contribuer à concrétiser notre vision d'une Europe plus forte au plan sanitaire et plus sûre. Avec ce rapport, nous souhaitons mettre à la disposition des décideurs et responsables politiques européens et nationaux une vue d'ensemble et une analyse complètes des tendances et évolutions du phénomène de la drogue afin de leur permettre de fonder leurs stratégies et actions sur les informations disponibles les plus récentes. Notre objectif étant de fournir des services de qualité à nos parties prenantes, la toute dernière édition de ce rapport donne accès à des données utiles à plusieurs égards. Ainsi, elles peuvent servir de base de référence et d'indicateurs de suivi pour l'évaluation des politiques et des structures, permettre de contextualiser la planification stratégique et de définir ses priorités, faciliter les comparaisons entre les situations et séries de statistiques nationales et mettre en lumière des risques et problèmes émergents.



Le rapport de cette année attire l'attention sur certaines évolutions potentiellement inquiétantes du marché des opiacés illicites, des substances qui continuent d'être associées à un niveau élevé de morbidité et de mortalité en Europe. Nous observons une hausse globale du nombre de surdoses mortelles dues à des opiacés ainsi qu'une augmentation des signalements concernant des problèmes liés aux médicaments de substitution aux opiacés et aux nouveaux opiacés de synthèse. Face à un phénomène de la drogue en perpétuelle mutation, l'Europe doit sans cesse trouver de nouveaux moyens d'y répondre. Le cadre pour une action concertée, énoncé dans la stratégie antidrogue de l'UE pour la période 2013-2020, permet une telle approche. Un nouveau plan d'action antidrogue pour la période 2017-2020, proposé par la Commission européenne, est actuellement examiné par le Parlement européen et le Conseil. Il s'appuie sur les résultats de l'évaluation à mi-parcours de l'actuelle stratégie antidrogue de l'UE et sur ceux de l'évaluation finale du plan d'action 2013-2017. Les travaux menés par l'EMCDDA en vue de fournir des éléments scientifiquement validés aux responsables de l'élaboration des politiques en matière de drogues en Europe se reflètent dans ces documents de stratégie fondamentaux.

Pour conclure, nous souhaitons remercier nos collègues du réseau Reitox des points focaux nationaux, lesquels, aux côtés d'experts nationaux, nous ont transmis la plupart des données qui sous-tendent cette publication. Nous saluons également la contribution de nombreux groupes de recherche européens, sans lesquels cette analyse ne serait pas aussi approfondie. Enfin, nous nous félicitons de notre collaboration avec nos partenaires européens: la Commission européenne, Europol, l'Agence européenne des médicaments et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

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 2015 (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 drogues illicites. 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) et le *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN – Réseau européen des urgences liées aux drogues);
- | le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications de l'Union européenne.

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 les drogues à l'EMCDDA. Les coordonnées des points focaux nationaux sont disponibles sur le [site de l'EMCDDA](#).

Commentaire

**Problèmes liés aux drogues
auxquels l'Europe
est confrontée**

L'état du phénomène de la drogue en Europe en 2017

Ce rapport présente un aperçu de l'état du phénomène de la drogue en Europe sur la base des dernières informations disponibles issues des activités de suivi de l'UE. Il fournit une vue d'ensemble du marché et de la consommation de drogues, ainsi que des dommages liés à ce phénomène et des réponses apportées dans ce domaine au niveau européen. Trente rapports nationaux, un grand nombre de données en ligne et d'informations méthodologiques complètent cet ensemble.

Cette introduction analyse brièvement certains des principaux thèmes qui ressortent des données présentées. Les problèmes liés aux drogues auxquels l'Europe est confrontée étant de plus en

plus influencés par l'évolution de la situation internationale et interagissant de plus en plus avec celle-ci, il est apparaît pertinent de replacer l'analyse dans un contexte mondial plus large. Pour deux thèmes importants, à savoir la consommation de cannabis chez les jeunes et l'évolution du marché des opiacés, la situation européenne actuelle et son évolution sont comparées et mises en parallèle avec celles de l'Amérique du Nord faisant apparaître des similitudes et des différences notables.

L'évolution internationale des politiques en matière de cannabis a-t-elle des incidences en Europe?

Les modifications du cadre réglementaire concernant le cannabis récemment intervenues dans certaines régions du continent américain ont suscité l'intérêt des responsables politiques et du grand public en Europe. Ces modifications étant assez variées, il est nécessaire d'attendre que des analyses approfondies soient menées avant de pouvoir évaluer les coûts et avantages relatifs des différentes stratégies liées au cannabis. En outre, il est difficile de déterminer dans quelle mesure les évolutions qui se produisent ailleurs pourraient être directement transposables dans le contexte européen.

Les 28 États membres de l'Union européenne se caractérisent par une diversité considérable des attitudes à l'égard de la réglementation et de la consommation du cannabis et les stratégies actuelles oscillent entre des modèles restrictifs et la tolérance pour certaines formes d'usage personnel. Néanmoins, des questions telles que l'autorisation de la production de cannabis destiné à un usage personnel et l'offre de cannabis à des fins thérapeutiques font actuellement l'objet de débats intenses et suscitent un intérêt grandissant dans certains pays.

Indépendamment de toute incidence plus large sur la politique de lutte antidrogue, l'existence d'un marché du cannabis commercialement réglementé dans certains pays en dehors de l'Europe favorise l'innovation et le développement de produits, tels que les vaporisateurs, les liquides pour cigarettes électroniques et les produits à ingérer. Il est possible que certains de ces développements influent sur les habitudes de consommation en Europe, ce qui souligne l'importance de suivre les comportements dans ce domaine et la nécessité d'évaluer les incidences potentielles sur la santé d'éventuelles modifications des habitudes de consommation.

Le marché européen du cannabis a déjà considérablement évolué ces dernières années, en partie en raison d'une production domestique croissante. Les niveaux historiquement élevés de teneur en principe actif de l'herbe et de la résine de cannabis disponibles en Europe qui ont été atteints ces dernières années se maintiennent. Cette substance continue par ailleurs d'être associée à des problèmes de santé et est à l'origine de la majorité des nouvelles admissions en traitement déclarées pour consommation de drogues en Europe. Pour toutes ces raisons, il est essentiel de comprendre les tendances qui caractérisent la consommation de cannabis et les dommages qu'elle entraîne afin de pouvoir débattre des réponses politiques les plus appropriées face à cette substance.

Comparaison des consommations de drogues des élèves dans l'Union européenne et aux États-Unis

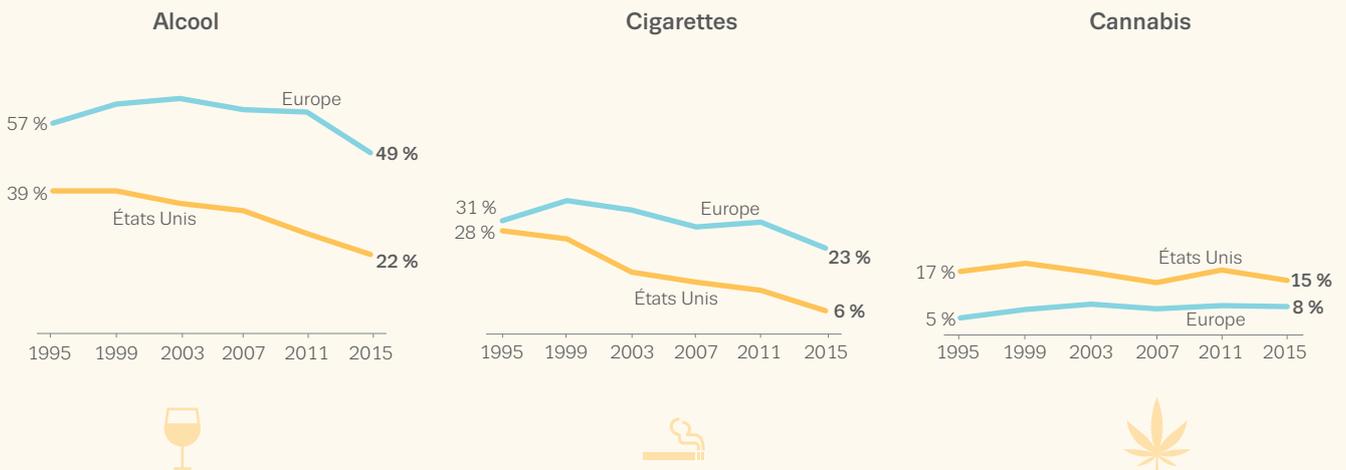
La publication en 2016 de deux nouvelles grandes enquêtes en milieu scolaire menées auprès d'élèves (âgés de 15 à 16 ans) est utile à cet égard, car elle permet de comparer les habitudes de consommation de cannabis et d'autres substances chez les élèves européens et américains. De façon encourageante, les données les plus récentes dans ces deux régions du monde montrent une diminution du tabagisme et, quoique dans une moindre mesure, de la consommation d'alcool. Les tendances liées à la consommation de cannabis, quant à elles, semblent plus stables. Pour ce qui est des niveaux et des habitudes de consommation de ces substances, des différences importantes existent toutefois entre les élèves européens et leurs homologues américains.

En Europe, les niveaux mesurés de la consommation de cannabis sont inférieurs à ceux observés aux États-Unis et l'usage de cannabis est signalé moins fréquemment que le tabagisme. À l'inverse, chez les élèves américains, la consommation de cannabis dépasse le tabagisme, mesuré à un niveau très faible. Pour ce qui est des niveaux de consommation d'alcool, on constate là encore des différences: les élèves européens sont plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool et leurs habitudes dans ce domaine sont plus intenses que celles de leurs homologues américains.

Il serait nécessaire de réaliser une analyse approfondie des similitudes et des différences en matière d'usage de drogues par les élèves afin d'étudier l'influence relative des facteurs sociaux, contextuels et réglementaires sur les choix des jeunes. Par exemple, la compréhension des facteurs à l'origine de la diminution du tabagisme observée aux États-Unis et en Europe pourrait aider à mieux appréhender la consommation d'autres substances telles que le cannabis. Il est également important de se souvenir que des différences existent entre les modes de consommation des drogues. En Europe, par exemple, et contrairement aux États-Unis, le cannabis est souvent fumé avec du tabac et ce mode de consommation est susceptible d'influer sur l'élaboration des politiques de santé publique.

Il est essentiel de comprendre les tendances qui caractérisent la consommation de cannabis et les risques qu'elle comporte

CONSUMMATION DE SUBSTANCES CHEZ LES ÉLÈVES SCOLARISÉS EN EUROPE ET AUX ÉTATS-UNIS



NB: tendances de la consommation de substances au cours du mois écoulé chez les élèves scolarisés de 15 à 16 ans en Europe et aux États-Unis. Les moyennes européennes (non pondérées) sont basées sur des données provenant de 21 pays de l'UE et de la Norvège (source: ESPAD). Les moyennes des États-Unis sont basées sur des échantillons d'élèves de 10^e année (source: Monitoring the Future).

Marché européen des stimulants: assiste-t-on à une résurgence de la cocaïne?

Les stimulants illicites les plus couramment consommés en Europe (la cocaïne, la MDMA et les amphétamines) restent associés à des habitudes de consommation variées qui changent en fonction du contexte géographique et les niveaux de pureté signalés de toutes ces substances sont supérieurs à ceux enregistrés il y a dix ans. Ce segment du marché des drogues illicites s'est complexifié et de nouveaux stimulants, y compris des cathinones et des phénéthylamines, sont désormais facilement disponibles. Le rapport de l'an dernier avait mis en évidence l'augmentation de la disponibilité et de la consommation de comprimés d'ecstasy fortement dosés en MDMA et cette tendance est encore bien présente dans les données les plus récentes. La teneur élevée en MDMA mesurée à l'heure actuelle dans les comprimés d'ecstasy saisis suggère que les producteurs n'ont aucune difficulté à acquérir les précurseurs chimiques nécessaires à la fabrication de cette substance. Les données relatives aux saisies indiquent aussi que l'Europe reste un producteur important pour le marché mondial de MDMA.

De nombreux indicateurs, dont les analyses des eaux usées, les saisies et les données sur les prix et la pureté, laissent à penser que la cocaïne pourrait de nouveau être davantage disponible dans certaines régions d'Europe. Historiquement, cette substance est le stimulant illicite le plus couramment consommé dans plusieurs pays, essentiellement dans le Sud et l'Ouest de l'Europe. Les nouvelles données présentées ici, et notamment l'augmentation observée du nombre des saisies réalisées sur les itinéraires de trafic traditionnels vers les principaux marchés européens de la cocaïne, corroborent l'hypothèse d'une résurgence de cette substance. En revanche, en Europe septentrionale et centrale, l'amphétamine et, dans une moindre mesure, la méthamphétamine sont nettement

plus présentes sur le marché des drogues que la cocaïne. En ce qui concerne les amphétamines, plusieurs évolutions signalées auparavant demeurent préoccupantes. Il s'agit notamment de l'évolution des processus de synthèse des substances et de la disponibilité des précurseurs, de l'expansion du marché de la méthamphétamine et de l'augmentation apparente des niveaux d'injection et des problèmes sanitaires qui en résultent.

L'injection décline mais demeure un défi pour les politiques de santé publique

Selon les informations fournies par les services de prise en charge des addictions et d'autres sources, la pratique de l'injection continue globalement de reculer. Ainsi, pour les consommateurs d'héroïne entamant pour la première fois un traitement spécialisé pour usage de drogues, les niveaux d'injection signalés sont désormais à leur point le plus bas depuis plus d'une décennie, bien que des différences considérables existent entre les pays. Certains indicateurs sur les problèmes de santé liés à cette voie d'administration, notamment les taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués qui sont imputés à la consommation de drogues par injection, affichent une baisse parallèle, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il ne subsiste plus aucune préoccupation dans ce domaine. Bien que les nouvelles infections par le VIH signalées en 2016 aient enregistré leur niveau le plus faible depuis plus de deux décennies (1 233 cas), cette situation représente toujours un problème de santé publique considérable. En outre, de récentes épidémies ont été recensées dans certaines populations vulnérables et parmi des consommateurs pratiquant l'injection de stimulants et de nouvelles substances psychoactives.

De plus, des données scientifiquement validées indiquent que les maladies infectieuses véhiculées par le sang sont souvent

diagnostiquées relativement tardivement chez les usagers de drogues par injection par rapport à d'autres groupes, ce qui réduit les chances d'une intervention efficace. Le diagnostic est également tardif en ce qui concerne l'infection par le VHC, dont la prévalence est souvent élevée chez les usagers de drogues par injection. Ces dernières années, les possibilités de traitement de l'hépatite virale se sont considérablement améliorées grâce à l'arrivée d'une nouvelle génération de médicaments très efficaces. L'éradication de cette maladie peut désormais être perçue à la fois comme une possibilité et comme un défi pour les prestataires de soins de santé généraux et les services de soins spécialisés.

Opiacés: un problème qui change de nature

La comparaison avec l'évolution de la situation en Amérique du Nord est également utile pour analyser le problème des opiacés en Europe. L'analyse des données présentées dans ce rapport semble indiquer que, si la situation globale dans l'UE reste différente, il existe tout de même des parallèles.

Il ressort des dernières données que la consommation d'héroïne est encore à l'origine, dans la majorité des cas (environ 80 %), des nouvelles demandes de traitement liées aux opiacés en Europe. De plus, la baisse globale des demandes de traitement liées à l'héroïne, qui s'observait depuis 2007, n'est plus flagrante. Il est particulièrement préoccupant de constater que les estimations européennes du nombre de décès par surdose sont en hausse, et ce pour la troisième année consécutive. L'héroïne est impliquée dans nombre de ces décès.

L'Amérique du Nord enregistre aussi des taux très élevés de morbidité et de mortalité liés à l'usage détourné d'opiacés délivrés sur ordonnance, à l'augmentation de la consommation d'héroïne et, plus récemment, à l'émergence d'opiacés de synthèse ayant une forte teneur en principe actif, en particulier des dérivés du fentanyl. En Europe, contrairement à l'Amérique du Nord, très rares sont les patients qui demandent à entamer un traitement spécialisé pour une addiction aux analgésiques à base d'opiacés. Ce contraste reflète probablement les différences en matière de cadres réglementaires et d'approches du marketing et de la prescription de ces médicaments qui existent entre l'Europe et l'Amérique du Nord. La possibilité d'une sous-déclaration ne saurait toutefois être écartée, car il se peut que les Européens qui rencontrent des problèmes liés aux médicaments délivrés sur ordonnance soient pris en charge dans des services différents de ceux utilisés par les usagers de drogues illicites. Néanmoins, les médicaments utilisés comme traitements de substitution aux opiacés sont désormais plus souvent impliqués dans les demandes de traitement et dans les problèmes de santé dans plusieurs pays européens. Globalement, les opiacés autres que l'héroïne sont à l'origine

d'environ un cinquième de toutes les demandes liées aux opiacés que reçoivent les services de soins spécialisés. Le rôle des opiacés de synthèse, tels que la méthadone, dans les surdoses mortelles est difficile à quantifier au niveau de l'UE, mais ces substances sont désormais l'une des principales causes des décès par surdose dans de nombreux pays, voire la principale cause de ces décès dans quelques-uns. La réduction de l'usage détourné des médicaments, y compris les médicaments utilisés comme traitements de substitution aux opiacés, représente un défi de plus en plus important pour de nombreux prestataires de soins de santé en Europe. Un grand nombre de données scientifiquement validées plaident en faveur d'un usage adapté des médicaments de substitution aux opiacés, dont il a été démontré qu'ils réduisent la morbidité, la mortalité et la délinquance chez ceux qui en sont bénéficiaires. En conclusion, si l'on veut exploiter pleinement le potentiel évident que ces traitements présentent pour la santé, il importe de suivre de bonnes pratiques cliniques ainsi que de comprendre comment les opiacés délivrés sur ordonnance sont détournés de leur usage légitime et comment réduire cet usage détourné.

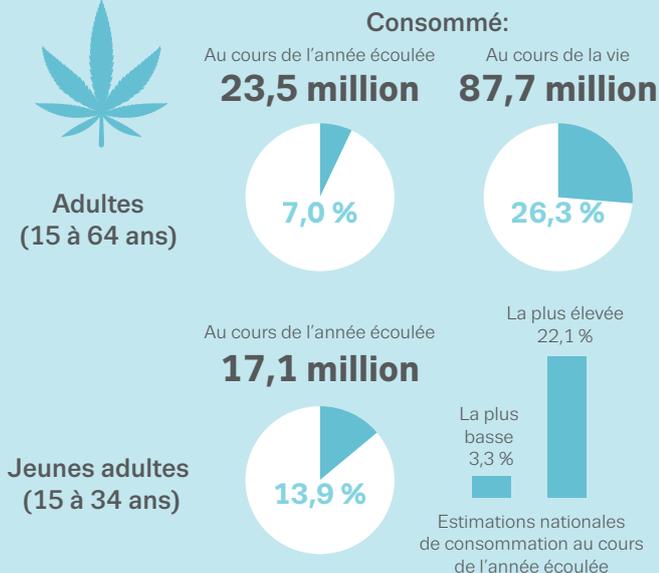
Opiacés de synthèse à forte teneur en principe actif: une menace croissante pour la santé

En Europe comme en Amérique du Nord, l'apparition récente de nouveaux opiacés de synthèse à forte teneur en principe actif, principalement des dérivés du fentanyl, est extrêmement préoccupante. Depuis 2012, le système d'alerte précoce (EWS) de l'UE reçoit un nombre croissant de signalements relatifs à ces substances et aux problèmes qu'elles engendrent. Les opiacés de synthèse à forte teneur en principe actif sont vendus sur des marchés en ligne, mais aussi sur les marchés illicites «classiques». Parfois, ils sont vendus comme héroïne ou d'autres drogues illicites, voire de médicaments de contrefaçon, et peuvent même être mélangés avec l'une de ces substances. Les opiacés de synthèse à forte teneur en principe actif présentent de graves risques pour la santé, non seulement pour leurs consommateurs, mais aussi pour les acteurs impliqués dans leur fabrication ainsi que pour les travailleurs des services postaux et les agents des services répressifs. Comme de faibles volumes suffisent à la fabrication de milliers de doses, ces substances sont faciles à dissimuler et à transporter, ce qui représente un défi majeur pour les services de lutte antidrogue. Parallèlement, ces substances peuvent générer des profits considérables pour les acteurs de la criminalité organisée et donc constituer une source attractive de revenus.

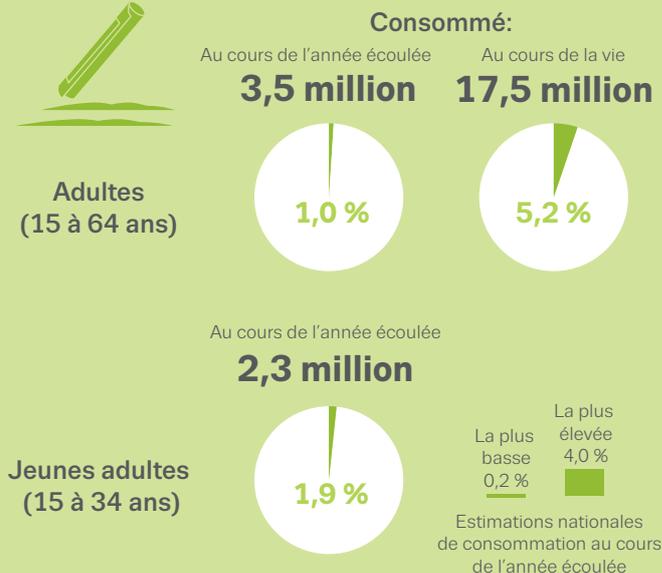
Les opiacés de synthèse à forte teneur en principe actif présentent de graves risques pour la santé

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

Cannabis



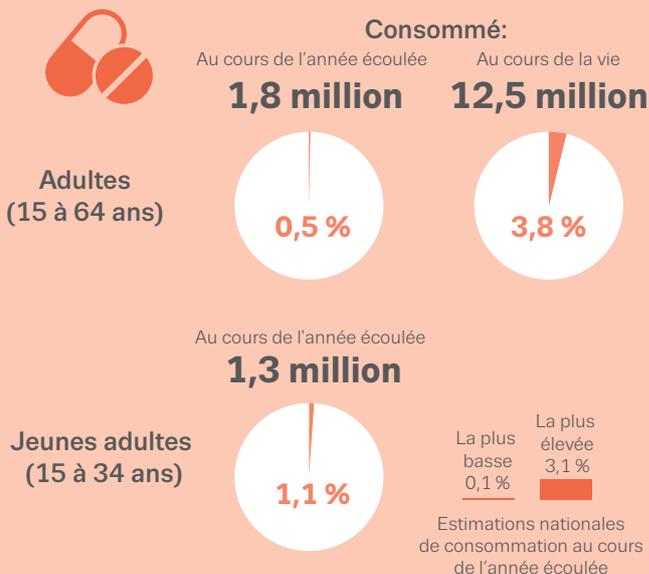
Cocaïne



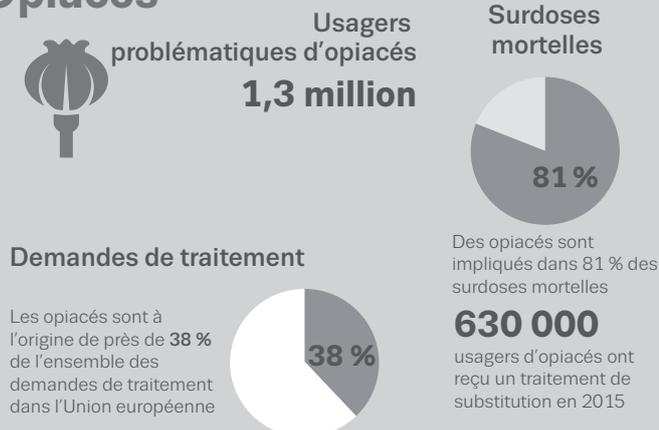
MDMA



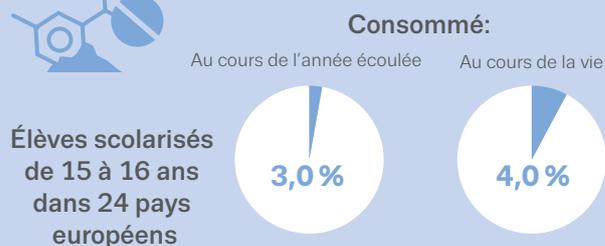
Amphétamines



Opiacés



Nouvelles substances psychoactives



Source: Rapport 2015 de l'enquête ESPAD, tableaux supplémentaires.

NB: pour obtenir l'ensemble complet des données ainsi que des informations sur la méthodologie employée, veuillez consulter le bulletin statistique en ligne.

En Europe, les problèmes liés aux opiacés de synthèse à forte teneur en principe actif semblent à la hausse, ainsi qu'en témoigne le nombre croissant de signalements d'intoxications non mortelles et de décès reçus par le système d'alerte précoce. Au début de l'année 2017, l'EMCDDA a mené des exercices d'évaluation des risques portant sur l'acryloylfentanyl et le furanylfentanyl, des dérivés du fentanyl. La réglementation de ces substances est envisagée au niveau européen et plusieurs autres substances de cette famille font actuellement l'objet d'un examen.

Nouvelles substances psychoactives: un phénomène en mutation

Si les réponses apportées en Europe et ailleurs peuvent avoir une incidence sur l'apparition de nouvelles substances, ce phénomène des nouvelles substances psychoactives demeure un défi considérable en matière de santé publique. Bien que les nouvelles substances aient été signalées au système d'alerte précoce de l'UE à raison d'une substance par semaine en 2016, le nombre total de nouvelles identifications était inférieur à celui des années précédentes. On peut y voir une évolution positive, en particulier si cette baisse se maintient. Cependant, d'autres données sont moins encourageantes et aucun élément probant ne démontre que la disponibilité globale des nouvelles substances psychoactives ait diminué. En outre, même s'il est possible que le rythme auquel de nouvelles substances introduites sur le marché soit en train de ralentir, le nombre total de substances disponibles sur le marché continue, quant à lui, de croître. Certains indices révèlent aussi que certaines classes de nouvelles substances psychoactives, notamment les cathinones de synthèse et les cannabinoïdes de synthèse, sont en train de s'imposer sur le marché des drogues.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce ralentissement possible dans l'apparition de nouvelles substances sur le marché. Certains pays européens ont mis en place des interdictions globales et ont adopté des mesures législatives génériques ou analogues ou d'autres mesures afin de cibler les producteurs et les vendeurs au détail des nouvelles substances psychoactives. Un environnement juridique plus restrictif a ainsi été créé, au sein duquel les producteurs peuvent être dissuadés de «jouer au chat et à la souris» avec les autorités réglementaires et de s'appuyer sur l'innovation pour conserver une longueur d'avance sur les réglementations.

De plus, les sources d'approvisionnement de l'Europe en nouvelles substances psychoactives se trouvent essentiellement en Chine et les nouveaux contrôles menés dans ce pays peuvent aussi avoir eu des répercussions sur la disponibilité de ces substances dans l'Union européenne.

Dans certaines régions d'Europe, les mesures de contrôle ciblant les magasins de détail semblent avoir eu un effet sur l'accès aux nouvelles substances psychoactives. La vente de ces substances est devenue plus clandestine; l'accès en ligne et le marché des drogues illicites sont désormais plus importants que par le passé. Dans ce contexte, le statut juridique des nouvelles substances, surtout lorsqu'elles sont vendues aux côtés de drogues illicites, peut revêtir une importance moindre et, par conséquent, constituer un élément moins favorable à la fabrication de produits innovants.

Nouvelles substances psychoactives: des produits bon marché pour les usagers marginalisés et les consommateurs chroniques

Les représentations négatives des consommateurs ont également pu avoir une incidence sur la demande de nouvelles substances psychoactives. La prévention, la réduction des risques et le signalement des effets indésirables semblent avoir influencé la perception des jeunes selon laquelle les nouvelles substances pourraient constituer des substituts légaux relativement sûrs des drogues illicites classiques. Malgré cela, des données scientifiquement validées semblent indiquer que, chez les populations de consommateurs plus chroniques et marginalisés, la disponibilité et l'usage de ces substances sont en augmentation.

La consommation problématique des nouvelles substances psychoactives devient plus patente dans certains milieux et chez certaines populations vulnérables. Par exemple, la consommation de cathinones par voie intraveineuse chez les consommateurs d'opiacés et anciens consommateurs d'opiacés est associée à des niveaux plus élevés de problèmes de santé physique et mentale.

Les cannabinoïdes de synthèse constituent aussi une source de préoccupation croissante. En dépit de certaines similitudes pharmacologiques, il ne faut pas confondre ces substances avec les dérivés du cannabis. Les cannabinoïdes de synthèse sont souvent des substances à forte teneur en principe actif, qui peuvent avoir des effets graves et potentiellement mortels. Des données scientifiquement validées indiquent que, dans certaines régions d'Europe, les cannabinoïdes de synthèse sont désormais consommés comme produits psychoactifs bon marché et puissants par des groupes marginalisés tels que les sans-abri. Les cannabinoïdes de synthèse étant difficiles à repérer, ils constituent aujourd'hui un problème spécifique dans certaines prisons européennes, où ces substances ont de graves conséquences pour la santé et la sécurité des détenus.

1

**Le marché européen
des drogues continue d'évoluer**

L'offre de drogues et le marché

Dans le contexte mondial, l'Europe représente un marché important pour les drogues, soutenu à la fois par une 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 est un pays producteur 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.

D'importants marchés 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 et la cocaïne dans les années 90. Le marché européen des drogues 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 et marchés en ligne.

Suivi des marchés des drogues, 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 législations antidrogues, aux infractions liées aux drogues, 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. Divers facteurs peuvent influencer les tendances, au nombre desquels figurent les préférences des consommateurs, les évolutions de la production et du trafic, les niveaux d'activité et les priorités des services répressifs et l'efficacité des mesures d'interdiction. Des séries de données complètes et des notes méthodologiques sont disponibles dans le [bulletin statistique](#) en ligne.

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 niveau minimum. 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).

Marchés des drogues: émergence de l'offre sur Internet

Les marchés des drogues illicites mettent en contact les consommateurs et les producteurs via des chaînes d'intermédiaires. Ces systèmes complexes génèrent d'importantes sommes d'argent à tous les niveaux du

marché. Une estimation prudente évalue le marché de détail des drogues illicites dans l'Union européenne à 24 milliards d'euros en 2013 (fourchette probablement comprise entre 21 et 31 milliards d'euros).

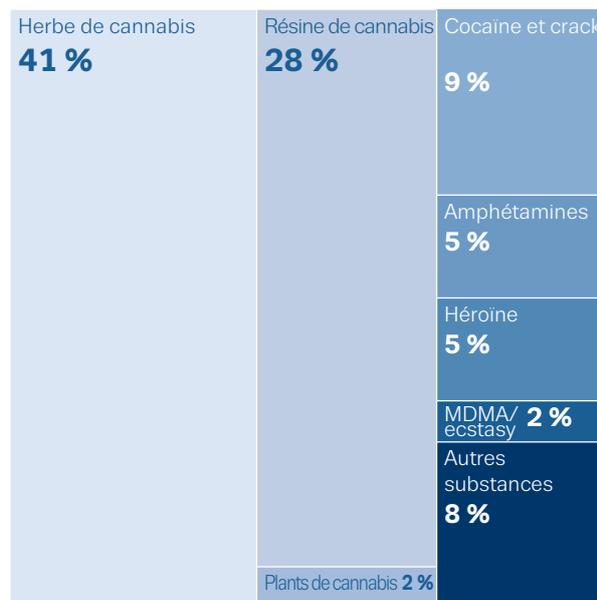
La dernière décennie a vu le développement de marchés en ligne, portés par l'émergence des nouvelles technologies internet, ces marchés existant parallèlement au marché physique des drogues. Certains fournisseurs en ligne utilisent le web de surface, généralement pour vendre au détail des précurseurs chimiques non réglementés, de nouvelles substances psychoactives ou des médicaments, qui peuvent être falsifiés ou contrefaits. D'autres fournisseurs interviennent sur le web invisible, par l'intermédiaire de marchés des *darknets* (réseaux clandestins non référencés), soutenus par des technologies qui dissimulent l'identité des acheteurs et des vendeurs. Ces marchés possèdent des caractéristiques similaires à celles de marchés en ligne légitimes 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 cacher à la fois les transactions et l'emplacement physique des serveurs. Parmi celles-ci figurent des services d'anonymisation tels que Tor et I2P, qui masquent l'adresse IP d'un ordinateur, des crypto-monnaies, comme le bitcoin et le litecoin, qui servent à effectuer des paiements dont l'origine est relativement difficile à établir, 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.

La plupart des ventes réalisées sur les marchés des *darknets* sont liées aux drogues. Selon une étude récente portant sur les ventes réalisées entre 2011 et 2015 sur 16 grands marchés des *darknets*, les ventes de drogues étaient à l'origine de plus de 90 % des recettes totales des marchés mondiaux. Près de la moitié (46 %) de toutes les ventes de drogues réalisées sur les *darknets* aurait été effectuée par des fournisseurs établis en Europe, soit une valeur estimée à 80 millions d'euros pendant la période couverte par l'étude. En Europe, les principaux pays fournisseurs étaient, par ordre de volume des ventes, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, alors que les stimulants, en particulier la MDMA et la cocaïne, représentaient la majorité de la valeur des ventes.

La plupart des ventes réalisées sur les marchés des *darknets* sont liées aux drogues

FIGURE 1.1

Nombre de saisies de drogue déclarées, ventilées par drogue, en 2015



Plus d'un million de saisies de drogues en Europe

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 kilogrammes saisis aux trafiquants et aux producteurs.

La plupart des saisies effectuées en Europe (plus de 70 % d'entre elles) concernent le cannabis (figure 1.1). La cocaïne arrive en deuxième position (9 %), tandis que des proportions plus modestes d'amphétamines (5 %), d'héroïne (5 %) et de MDMA (2 %) sont saisies.

En 2015, plus de 60 % de toutes les saisies de drogues déclarées dans l'Union européenne l'ont été par trois pays seulement, à savoir l'Espagne, la France et le Royaume-Uni, et un grand nombre de saisies ont également été rapportées par la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, la Grèce, l'Italie et la Suède. Il convient en outre de noter qu'aucune donnée récente sur le nombre de saisies n'est disponible pour les Pays-Bas, la Pologne et la Finlande, ce qui ajoute une part d'incertitude dans l'analyse.

Le grand nombre de saisies de drogues signalées par la Turquie reflète à la fois le rôle de ce pays en tant qu'important marché de consommation et son emplacement sur les itinéraires de trafic de drogues reliant l'Union européenne, le Moyen-Orient et l'Asie.

Diminution récente des quantités d'herbe de cannabis saisies

L'herbe (marijuana) et la résine (haschisch) sont les deux principaux dérivés du cannabis présents sur le marché européen des drogues, tandis que l'huile de cannabis est comparativement plus rare. Les dérivés du cannabis constituent l'essentiel (38 %) du marché de détail des drogues illicites en Europe, leur valeur étant estimée à 9,3 milliards d'euros (fourchette probablement comprise entre 8,4 et 12,9 milliards d'euros). 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 que la plus grande partie de la résine de cannabis est importée, principalement du Maroc. Les signalements récents révèlent des changements dans les itinéraires de trafic du cannabis: le trafic en provenance des Balkans occidentaux, et

CANNABIS

Résine

Nombre de saisies

288 000 EU

303 000 UE+ 2

Quantités saisies

536
tonnes (UE)

546
tonnes (UE+ 2)

Prix (€/g)

25 €

11 €

8 €

3 €

Teneur (% THC)

28 %

19 %

11 %

4 %

Indices de Prix et de teneur

100

115

2006

2015

Herbe

Nombre de saisies

404 000 EU

438 000 UE+ 2

Quantités saisies

89
tonnes (UE)

135
tonnes (UE+ 2)

Prix (€/g)

20 €

12 €

8 €

5 €

Teneur (% THC)

22 %

11 %

7 %

3 %

Indices de Prix et de teneur

100

123

2006

2015

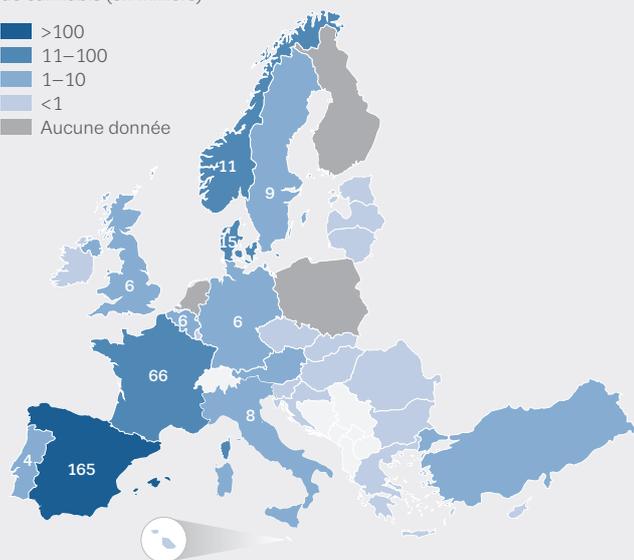
UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et teneur des dérivés du cannabis: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.2

Saisies de résine et d'herbe de cannabis, 2015 ou année la plus récente

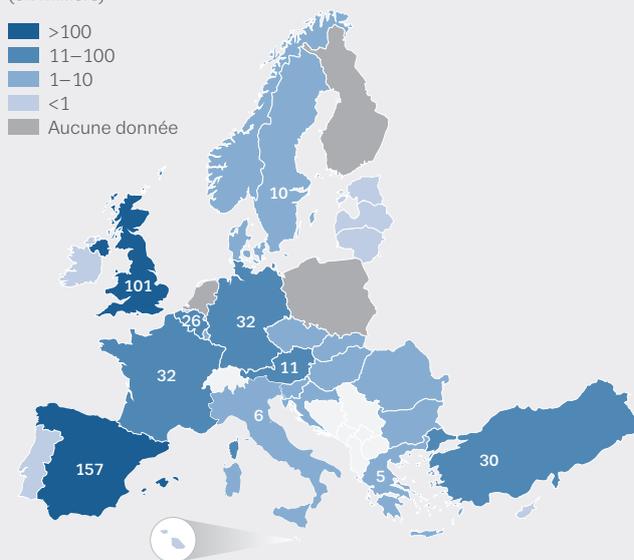
Nombre de saisies de résine de cannabis (en milliers)

- >100
- 11-100
- 1-10
- <1
- Aucune donnée



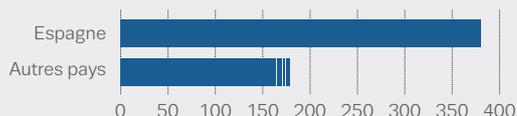
Nombre de saisies d'herbe de cannabis (en milliers)

- >100
- 11-100
- 1-10
- <1
- Aucune donnée

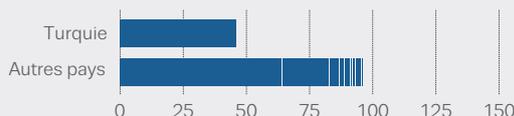


NB: nombre de saisies dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Quantité de résine de cannabis saisie (en tonnes)



Quantité d'herbe de cannabis saisie (en tonnes)



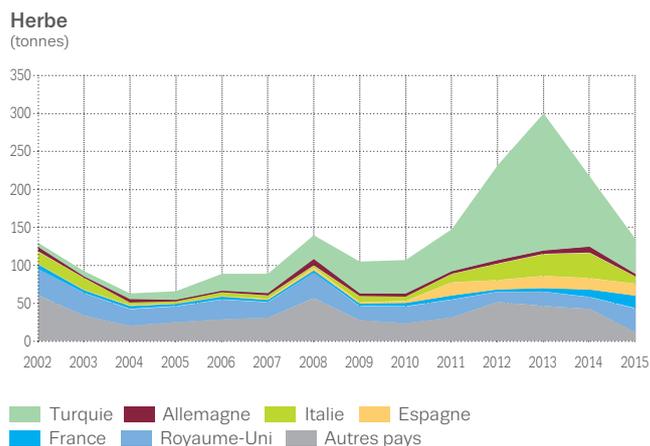
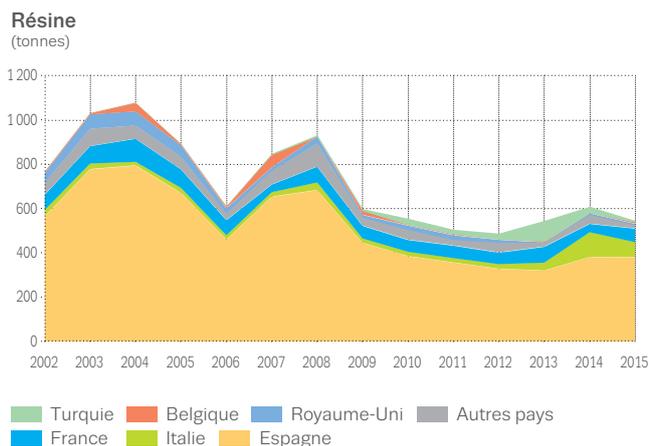
notamment de l'Albanie, est à la hausse pour l'herbe et l'huile de cannabis, cette augmentation étant à mettre en rapport avec une culture croissante du cannabis dans ces pays. En outre, il ressort de données scientifiquement validées que la Libye est devenue une plaque tournante importante du trafic de résine vers diverses destinations, dont l'Europe.

En 2015, 732 000 saisies de dérivés du cannabis ont été déclarées dans l'Union européenne, parmi lesquelles figuraient 404 000 saisies d'herbe, 288 000 saisies de résine et 19 000 saisies de plants. Néanmoins, la quantité de résine de cannabis saisie est plus de six fois supérieure à la quantité d'herbe de cannabis saisie (536 tonnes contre 89 tonnes). Cela tient en partie au fait que la résine de cannabis est transportée en grosses quantités sur de longues distances à travers les frontières nationales et est donc plus susceptible d'être interceptée. Un petit nombre de pays sont particulièrement importants concernant l'analyse de la quantité de cannabis saisie 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 plus de 70 % de la quantité totale saisie en Europe en 2015 (figure 1.2).

Depuis 2009, le nombre de saisies d'herbe de cannabis en Europe dépasse celui des saisies de résine et, depuis 2011, les tendances sont relativement stables en ce qui concerne le nombre de saisies à la fois d'herbe et de résine (figure 1.3). Selon les estimations, 135 tonnes d'herbe de cannabis auraient été saisies en Europe en 2015, ce qui représente une diminution de 38 % par rapport aux 217 tonnes saisies en 2014. Des baisses notables des saisies ont été signalées en Belgique, en Grèce et en Italie. Une diminution similaire de la quantité d'herbe de cannabis saisie en Turquie apparaît aussi depuis 2013. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce déclin global en Europe. Il peut notamment s'agir des initiatives visant à lutter contre la production à grande échelle dans des pays hors Union européenne, comme l'Albanie, le fait que l'accent soit désormais mis sur la culture domestique plutôt que sur le trafic, les changements dans les modalités d'enregistrement des saisies et l'évolution des priorités des services répressifs dans certains pays. Selon les données les plus récentes, la quantité de résine de cannabis saisie dans l'Union européenne demeure relativement stable depuis 2009.

FIGURE 1.3

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



Les saisies de plants de cannabis peuvent être considérées comme un indicateur de la production de cette drogue dans un pays. Compte tenu des différences en matière de signalement qui existent entre les pays, les données à ce sujet doivent être considérées avec prudence. Il n'en demeure pas moins que le nombre de plants saisis a augmenté sur le long terme, passant de 1,5 million en 2002 à 3,3 millions en 2014 et augmentant encore de façon plus marquée en 2015 pour atteindre 11,4 millions, avec une forte hausse de la quantité de plants saisis notifiée par les Pays-Bas. Cette tendance peut refléter l'évolution des priorités des services répressifs, la culture du cannabis faisant l'objet d'un ciblage plus intense.

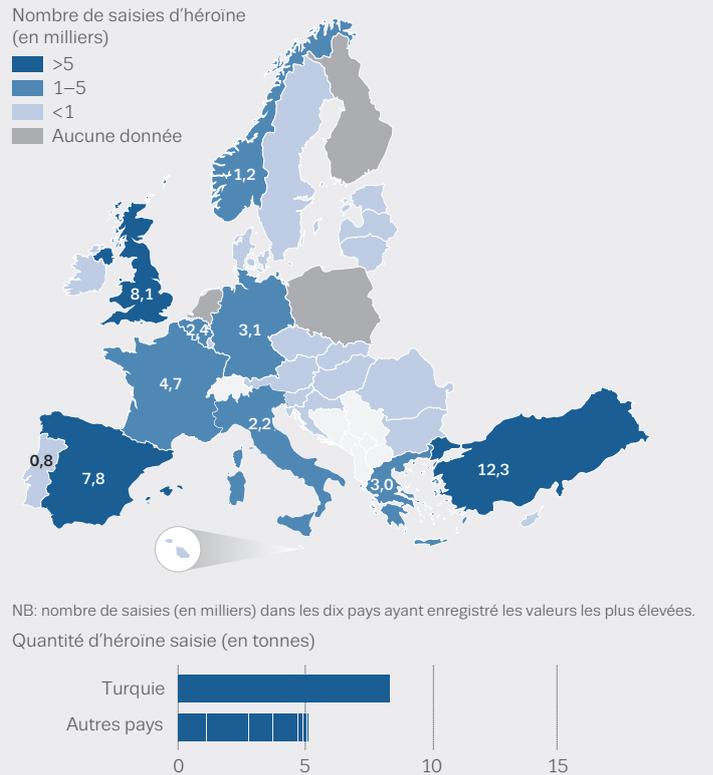
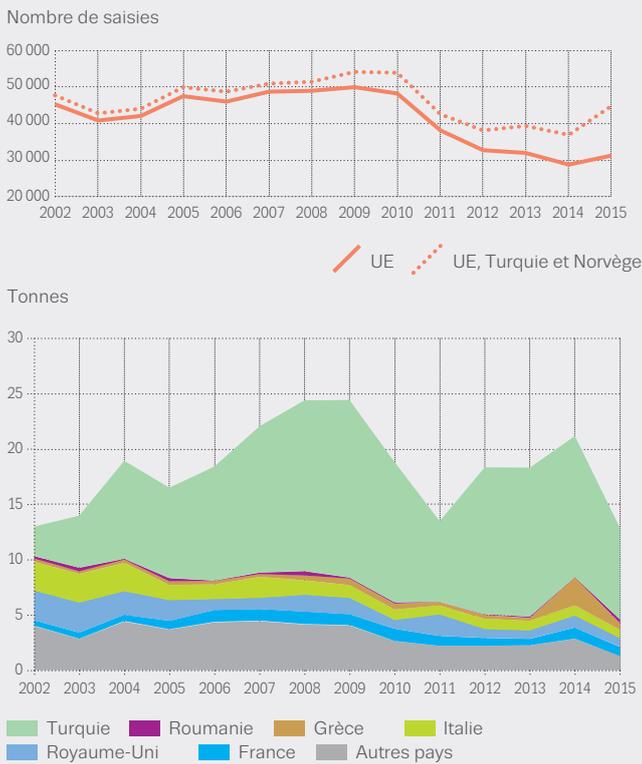
En 2015, 335 saisies d'huile de cannabis ont été déclarées, les plus grandes quantités ayant été saisies en Grèce et en Turquie.

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, et une stabilisation de la teneur en principe actif en 2015. Cette hausse est 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 et de nouvelles techniques au Maroc. Selon les données les plus récentes, la résine et l'herbe sont vendues à des prix similaires, tandis que, en moyenne, la résine affiche une teneur en principe actif plus élevée.

Depuis 2009, le nombre de saisies d'herbe de cannabis en Europe dépasse celui des saisies de résine

FIGURE 1.4

Nombre de saisies d'héroïne et quantités saisies: tendances et données 2015 ou année la plus récente



Pureté de l'héroïne: une augmentation constante

L'héroïne est l'opiacé le plus répandu sur le marché européen des drogues, sa valeur au détail étant estimée à 6,8 milliards d'euros (fourchette probablement comprise entre 6,0 et 7,8 milliards d'euros). 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), beaucoup plus rare et qui provenait d'Asie du Sud-Est dans le passé, 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 2015 figuraient l'opium et les médicaments opiacés: morphine, méthadone, buprénorphine haut dosage, tramadol et fentanyl (tableau 1.1). Certains opiacés utilisés à des fins thérapeutiques peuvent être détournés du système de distribution pharmaceutique légal, tandis que d'autres, à l'instar des 27 kg de morphine en poudre saisis en 2015, sont produits de façon 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

HÉROÏNE

Nombre de saisies



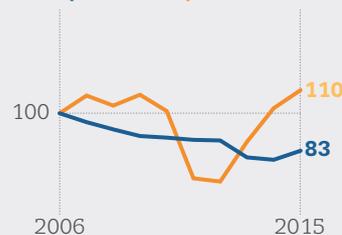
Quantités saisies



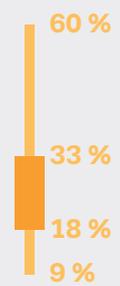
Prix (€/g)



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.

Iran et au Pakistan voisins. Depuis les années 70, la production illicite 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 ces dernières années semble indiquer qu'une faible quantité d'héroïne est produite 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 aussi fait son apparition. Quant à la route du Sud, que des cargaisons provenant d'Iran ou du Pakistan empruntent pour pénétrer en Europe par avion ou par bateau, soit directement soit en transitant par l'Afrique, elle a gagné en importance ces dernières années. Une «route du Nord» ainsi qu'une voie traversant le Sud du Caucase et la mer Noire constituent d'autres itinéraires.

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 du nombre de saisies d'héroïne signalées, qui a diminué dans l'Union européenne entre 2009 et 2014, avant de se stabiliser en 2015. Entre 2002 et 2013, la quantité d'héroïne saisie dans l'Union européenne a diminué de moitié, passant de 10 à 5 tonnes. Après les 8,4 tonnes saisies en 2014, année durant laquelle

plusieurs pays ont notifié des saisies de grandes quantités (plus de 100 kg), la quantité d'héroïne saisie en Europe en 2015 (4,5 tonnes) est revenue aux niveaux enregistrés au début de cette décennie. En Turquie, où les quantités d'héroïne saisies avaient atteint quelque 13 tonnes en 2014, ce chiffre a diminué pour s'établir à 8,3 tonnes en 2015 – ce qui reste supérieur aux saisies déclarées dans tous les autres pays européens considérés dans leur ensemble –, tandis que le nombre de saisies a augmenté au cours de la même période (figure 1.4). Parmi les pays qui effectuent des signalements systématiques, les tendances semblent indiquer que l'augmentation de la pureté de l'héroïne en Europe s'est poursuivie en 2015.

Outre l'héroïne, d'autres opiacés ont été saisis dans les pays européens, mais leurs quantités sont faibles par rapport aux saisies totales. Les autres opiacés les plus couramment saisis sont ceux utilisés à des fins thérapeutiques: la buprénorphine haut dosage, le tramadol et la méthadone, (voir tableau 1.1).

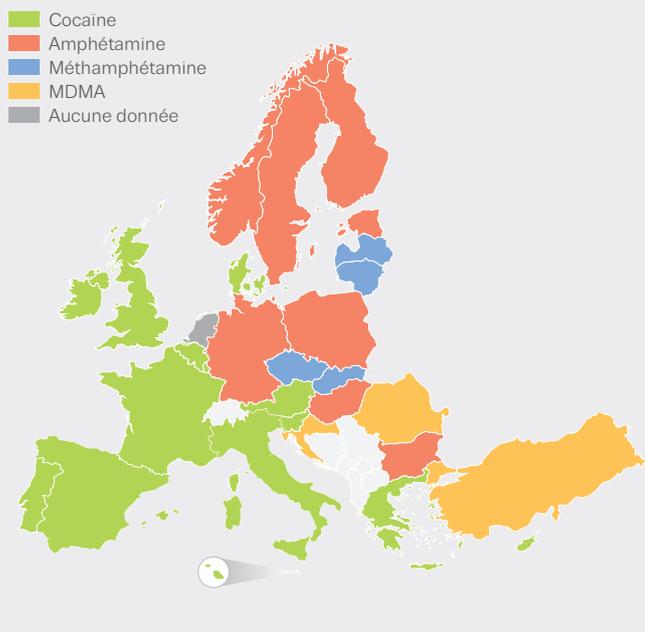
TABLEAU 1.1

Saisies d'opiacés autres que l'héroïne en 2015

| Opiacé | Nombre | Quantités | | | Nombre de pays |
|--|--------|-------------|--------|-----------|----------------|
| | | Kilogrammes | Litres | Comprimés | |
| Méthadone | 1 566 | 31 | 8 | 60 472 | 17 |
| Buprénorphine haut dosage | 3 377 | 4 | | 68 419 | 17 |
| Tramadol | 2 467 | | | 690 080 | 12 |
| Fentanyl (fentanyl, ocfentanyl, carfentanyl) | 287 | 3 | | 41 | 10 |
| Morphine | 775 | 27 | | 8 837 | 15 |
| Opium | 293 | 734 | | | 14 |
| Codéine | 293 | 3 | | 9 855 | 8 |
| Oxycodone | 16 | 0,0003 | | 962 | 5 |

FIGURE 1.5

Stimulants les plus fréquemment saisis en Europe, en 2015 ou données les plus récentes



Saisies de stimulants: variations régionales

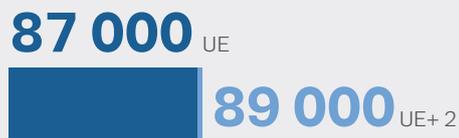
Les principaux stimulants illicites disponibles en Europe sont la cocaïne, l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA/ecstasy. La valeur au détail estimée du marché des stimulants dans l'Union européenne est comprise entre 6,3 et 10,2 milliards d'euros. Le stimulant le plus couramment saisi diffère sensiblement d'une région à l'autre (figure 1.5) et ces variations régionales s'expliquent par le lieu d'implantation des ports d'entrée et des itinéraires de trafic, des grands centres de production et des grands marchés de consommateurs. La cocaïne 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 cette drogue en Europe. Les saisies d'amphétamines sont prédominantes en Europe septentrionale et centrale, la méthamphétamine étant le stimulant le plus fréquemment saisi en Lettonie, en Lituanie, en République tchèque et en Slovaquie. La MDMA/ecstasy, quant à elle, est le stimulant le plus couramment saisi en Croatie, en Roumanie et en Turquie.

Cocaïne: hausses récentes des indicateurs de marché

Deux formes de cocaïne sont disponibles en Europe, dont la plus commune est la cocaïne en poudre (forme chlorhydrate). Le crack (free base), plus rare, est une forme à fumer. La cocaïne est une substance extraite des feuilles de coca. Elle est principalement produite en Bolivie, en Colombie et au Pérou. Les méthodes utilisées pour la transporter vers l'Europe sont diversifiées: vols aériens de passagers, fret aérien, services postaux, aéronefs privés,

COCAÏNE

Nombre de saisies



Quantités saisies



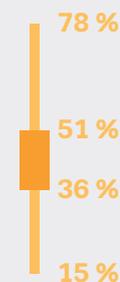
Prix (€/g)



Indices de Prix et de pureté



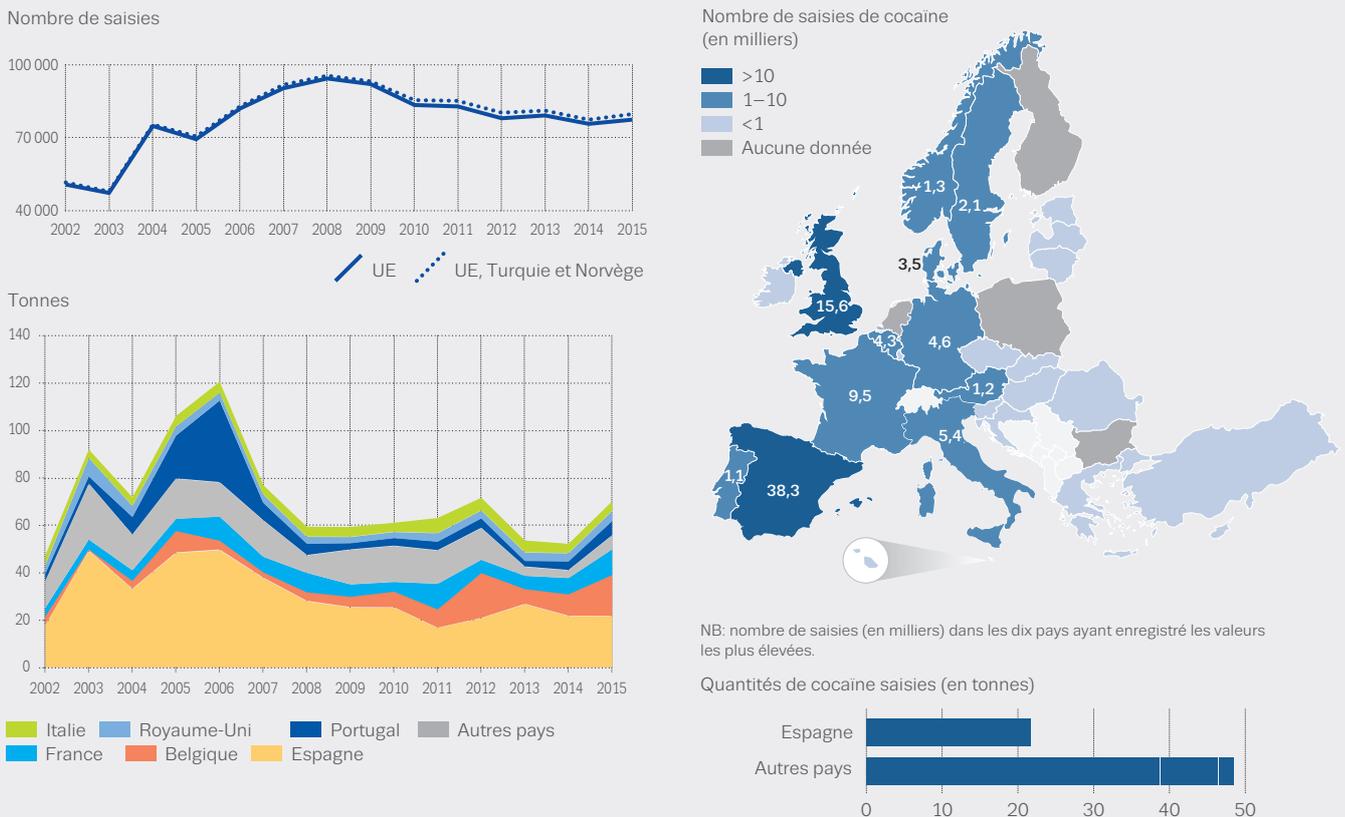
Pureté (%)



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 2015 ou année la plus récente



yachts et conteneurs maritimes. La valeur du marché de détail de la cocaïne dans l'Union européenne est estimée à 5,7 milliards d'euros au moins.

Au total, quelque 87 000 saisies de cocaïne ont été signalées dans l'Union européenne en 2015. La Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal totalisent 78 % de 69,4 tonnes saisies (selon les estimations) (figure 1.6). La situation est relativement stable depuis 2007, bien que le nombre de saisies et les quantités saisies aient augmenté entre 2014 et 2015 (voir figure 1.6). Si l'Espagne continue d'enregistrer les saisies de cocaïne les plus importantes (22 tonnes), la Belgique (17 tonnes) et la France (11 tonnes) ont aussi saisi de très grandes quantités de cette substance en 2015 et de fortes augmentations des quantités saisies

par rapport à l'année précédente ont été signalées par la Belgique, l'Allemagne et le Portugal. Dans l'ensemble, les tendances semblent indiquer une légère augmentation de la pureté de la cocaïne en 2015.

D'autres produits à base de coca ont été saisis en Europe cette même année, dont 76 kg de feuilles de coca et 377 kg de pâte de coca. Il ressort des saisies de pâte de coca que des laboratoires clandestins produisant du chlorhydrate de cocaïne existeraient en Europe. Il s'agit là d'une nouvelle évolution car, jusqu'à présent, la plupart des laboratoires qui avaient été découverts en Europe constituaient des «installations d'extraction secondaire», où la cocaïne qui avait été incorporée dans divers matériaux (vins, vêtements ou plastiques, par exemple) était récupérée.

Les principaux stimulants illicites disponibles en Europe sont la cocaïne, l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA/ecstasy

Précurseurs chimiques: apparition de nouveaux substituts d'amphétamines

Les précurseurs de drogues sont des produits chimiques essentiels à la fabrication des drogues illicites. Comme beaucoup d'entre eux ont des usages licites, les réglementations européennes classifient certains produits chimiques et leur commerce est suivi et réglementé. La disponibilité des précurseurs a une incidence majeure sur le marché ainsi que sur les méthodes de production utilisées dans les laboratoires clandestins. En 2015, les producteurs ont continué à contourner les mécanismes de contrôle en introduisant des produits chimiques non réglementés pour produire des précurseurs de drogues à proximité des sites de production. Cependant, cette pratique accroît le risque de détection, étant donné que, plus la production est importante, plus grandes sont les quantités de produits chimiques nécessaires et les déchets produits.

Les données sur les saisies et les cargaisons de précurseurs de drogues interceptées confirment l'usage tant de 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 1.2). De grandes quantités de BMK (benzyl-méthyl-cétone), un précurseur de l'amphétamine, ont été saisies en 2015, les autorités polonaises en ayant saisi 7 000 kg dans une seule cargaison liée à la production aux Pays-Bas. La réglementation du précurseur du BMK, l'APAAN

(alpha-phénylacétoacétonitrile), à la fin de 2013 semble avoir eu des effets, les quantités saisies passant de 48 000 kg en 2013 à 780 kg en 2015. Toutefois, cette mesure réglementaire pourrait avoir quelque peu stimulé l'innovation et des produits chimiques de substitution tels que l'APAA (alpha-phénylacétoacétamide) et des dérivés glycidiques du BMK ont été signalés pour la première fois en 2015.

Les saisies de pré-précurseurs de la MDMA non réglementés sont restées stables (quelque 5 500 kg). Cependant, si les saisies de safrole ont été négligeables, on observe à nouveau des saisies de PMK, les Pays-Bas ayant signalé avoir saisi 622 kg de cette substance en 2015, alors qu'aucune quantité n'avait été saisie en 2014.

Amphétamine et méthamphétamine: production domestique

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants de synthèse qui sont souvent regroupés sous l'appellation générique d'amphétamines et qui peuvent dès lors être difficilement différenciables dans certaines séries de données. Les données sur les saisies indiquent que, au cours de la dernière décennie, la disponibilité de la méthamphétamine a augmenté, tout en restant nettement inférieure à celle de l'amphétamine.

TABLEAU 1.2

Synthèse des saisies et cargaisons interceptées de précurseurs utilisés dans la fabrication de certaines drogues de synthèse dans l'Union européenne, 2015

| Précurseur/pré-précurseur | Saisies | | Cargaisons interceptées | | TOTAUX | |
|---------------------------------------|---------|-----------|-------------------------|-----------|--------|-----------|
| | Nombre | Quantités | Nombre | Quantités | Nombre | Quantités |
| MDMA ou substances apparentées | | | | | | |
| PMK (en litres) | 6 | 622 | 0 | 0 | 6 | 622 |
| Safrole (en litres) | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Pipéronal (en kg) | 7 | 45 | 4 | 1 925 | 11 | 1 970 |
| Dérivés glycidiques du PMK (en kg) | 11 | 5 461 | 0 | 0 | 11 | 5 461 |
| Amphétamine et méthamphétamine | | | | | | |
| APAAN (en kg) | 10 | 778 | 0 | 0 | 10 | 778 |
| BMK (en litres) | 17 | 1 029 | 0 | 0 | 17 | 1 029 |
| APA, acide phénylacétique (en kg) | 6 | 261 | 4 | 103 | 10 | 364 |
| Éphédrine, en vrac (en kg) | 12 | 8 | 1 | 500 | 13 | 508 |
| Pseudoéphédrine, en vrac (en kg) | 8 | 32 | 0 | 0 | 8 | 32 |
| APAA (en kg) | 1 | 201 | 0 | 0 | 1 | 201 |
| Dérivés glycidiques du BMK (en kg) | 5 | 14 | 0 | 0 | 5 | 14 |

Ces deux drogues sont produites en Europe pour le marché européen. Il semblerait que la production d'amphétamine se concentre principalement en Belgique, aux Pays-Bas et en Pologne ainsi que, dans une moindre mesure, dans les États baltes, en Allemagne et en Hongrie. Il semblerait également que la phase finale de production, à savoir la conversion d'huile d'amphétamine «base» en sulfate d'amphétamine, soit réalisée en Europe.

Une certaine quantité d'amphétamine est également produite pour être exportée, principalement vers le Moyen-Orient, l'Extrême-Orient et l'Océanie. Les saisies de comprimés d'amphétamine portant un logo «Captagon» ont également augmenté récemment, en particulier en Turquie, où plus de 15 millions de ces comprimés ont été saisis en 2015.

La République tchèque est depuis longtemps à l'origine de la majeure partie de la méthamphétamine présente en

Europe et, plus récemment, elle a été rejointe par les régions frontalières des pays voisins. Cette substance est aussi produite en Bulgarie, en Lituanie et aux Pays-Bas.

En République tchèque, la méthamphétamine est produite principalement à partir des précurseurs éphédrine et pseudoéphédrine, qui sont extraits de médicaments de contrebande provenant essentiellement de Pologne. Cette drogue peut aussi être produite à l'aide de BMK. En 2015, 263 des 291 laboratoires de méthamphétamine clandestins signalés dans l'Union européenne étaient situés en République tchèque. Alors que la production dans ce pays impliquait des usagers fabriquant eux-mêmes des quantités de méthamphétamine dans des installations de petite taille pour leur usage personnel ou un usage local, la situation est désormais dominée par une production à plus grande échelle, les groupes criminels organisés produisant cette drogue tant pour le marché européen que pour l'exportation.

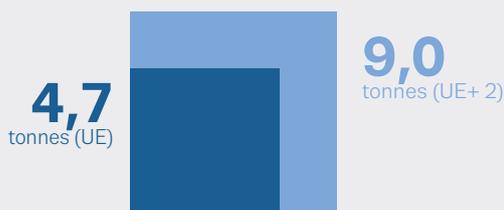
AMPHÉTAMINES

Amphétamine

Nombre de saisies



Quantités saisies



Prix (€/g)



Pureté (%)



Indices de Prix et de pureté



Méthamphétamine

Nombre de saisies



Quantités saisies



Prix (€/g)



Pureté (%)

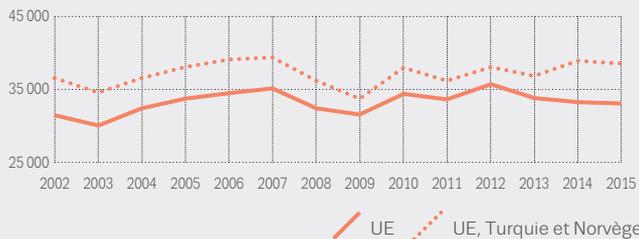


UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté des amphétamines: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur. Aucune tendance n'est disponible pour la méthamphétamine.

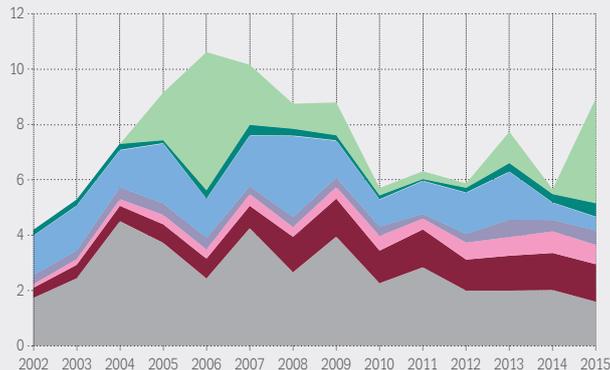
FIGURE 1.7

Nombre de saisies d'amphétamine et quantités saisies: tendances et données 2015 ou année la plus récente

Nombre de saisies



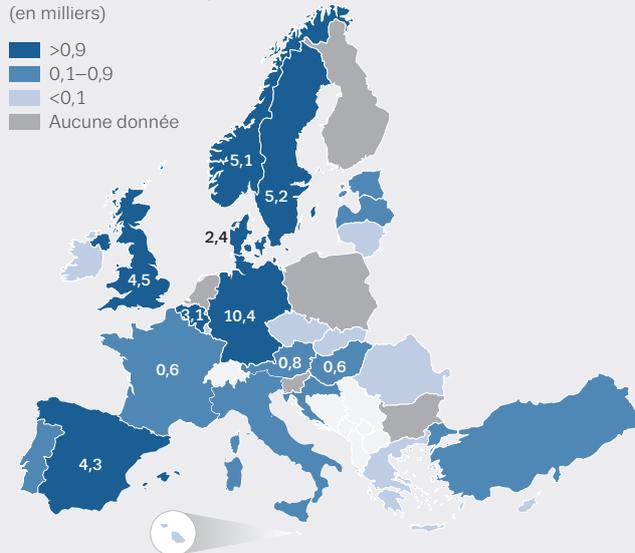
Tonnes



Turquie Norvège Royaume-Uni Suède
Pologne Allemagne Autres pays

Nombre de saisies d'amphétamine (en milliers)

>0,9
0,1–0,9
<0,1
Aucune donnée



NB: nombre de saisies (en milliers) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Quantités d'amphétamine saisies (en tonnes)

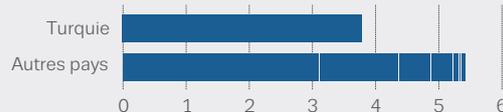
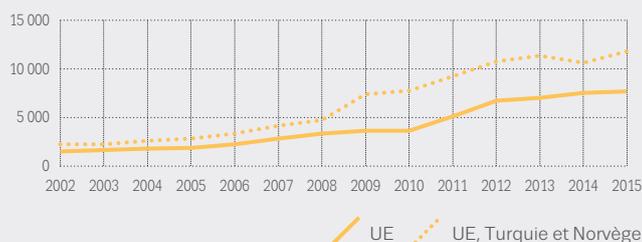


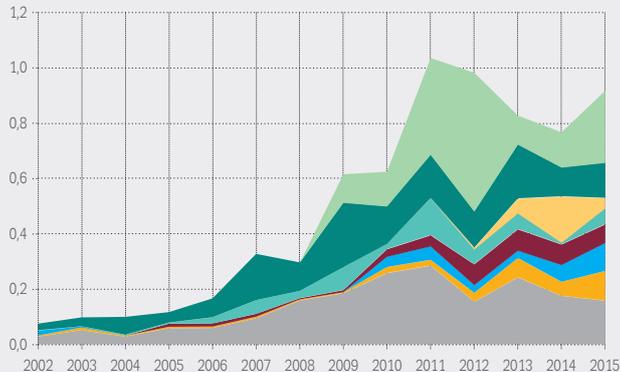
FIGURE 1.8

Nombre de saisies de méthamphétamine et quantités saisies: tendances et données 2015 ou année la plus récente

Nombre de saisies



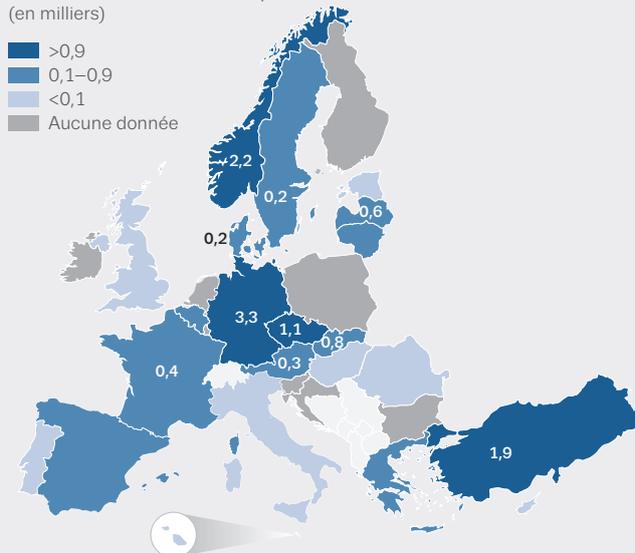
Tonnes



Turquie Norvège Espagne Lituanie
Allemagne France République tchèque Autres pays

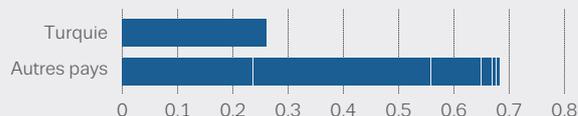
Nombre de saisies de méthamphétamine (en milliers)

>0,9
0,1–0,9
<0,1
Aucune donnée



NB: nombre de saisies (en milliers) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Quantités de méthamphétamine saisies (en tonnes)



En 2015, 34 000 saisies d'amphétamine ont été signalées par les États membres de l'Union européenne, pour un total de 4,7 tonnes. Globalement, la quantité d'amphétamine saisie dans l'Union européenne est en augmentation et elle a oscillé entre 4 et 6 tonnes au cours de la période 2002-2015 (figure 1.7). Les saisies de méthamphétamine sont beaucoup moins nombreuses, avec 7 700 saisies signalées dans l'Union européenne en 2015 pour un volume de 0,5 tonne, la plus grande quantité ayant été saisie en République tchèque (figure 1.8). Cette même année, de grandes quantités d'amphétamines ont également été saisies en Turquie (3,8 tonnes d'amphétamine et 0,3 tonne de méthamphétamine) et en Norvège (0,1 tonne de méthamphétamine). 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. Selon les tendances, le degré de pureté de l'amphétamine a augmenté ces dernières années.

MDMA: disponibilité de produits fortement dosés

La MDMA (3,4-méthylènedioxyamphétamine) est une substance de synthèse chimiquement apparentée aux amphétamines, mais dont les effets sont différents. La MDMA est consommée sous forme de comprimés (souvent appelés «comprimés d'ecstasy») et est également disponible en poudre et sous forme «cristal». De nouveaux modèles de comprimés de MDMA/ecstasy, qui affichent des couleurs, des formes et des logos de marque différents, sont constamment introduits sur le marché. Après une période de faible

disponibilité liée à une pénurie des précurseurs chimiques nécessaires à la fabrication de la MDMA, le marché de cette drogue a connu un renouveau ces dernières années. La valeur du marché de détail de la MDMA est estimée à environ 0,7 milliard d'euros. La teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy a augmenté ces dernières années et les fortes quantités de MDMA présentes dans certains lots ont été la cause de problèmes de santé et de décès.

La production européenne de MDMA semble concentrée en Belgique et aux Pays-Bas, et quatre laboratoires produisant de la MDMA ont été démantelés dans l'Union européenne en 2015 (trois aux Pays-Bas et un en Belgique). La MDMA produite en Europe est également exportée vers d'autres régions du monde.

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. Concernant l'année 2015, aucune donnée n'est disponible pour les Pays-Bas, qui avaient signalé la saisie de 2,4 millions de comprimés de MDMA/ecstasy en 2012, et le nombre de saisies n'est pas disponible pour la Pologne et la Finlande. Sans les contributions importantes de ces pays, la quantité de MDMA saisie dans l'Union européenne en 2015 est estimée à 4 millions de comprimés d'ecstasy et à 0,2 tonne de MDMA en poudre.

La teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy a augmenté ces dernières années

MDMA/ECSTASY

Nombre de saisies

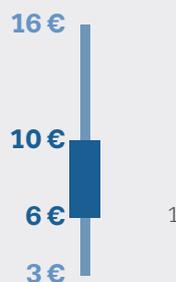


Quantités saisies

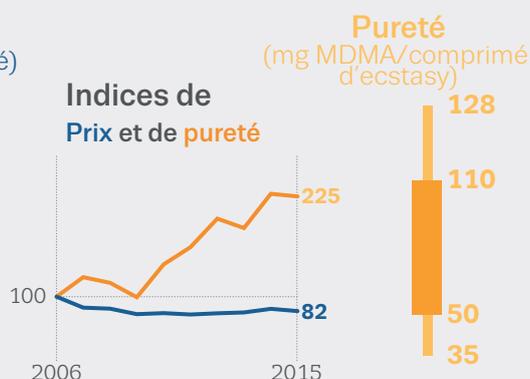


Prix

(€/comprimé)



Indices de Prix et de pureté



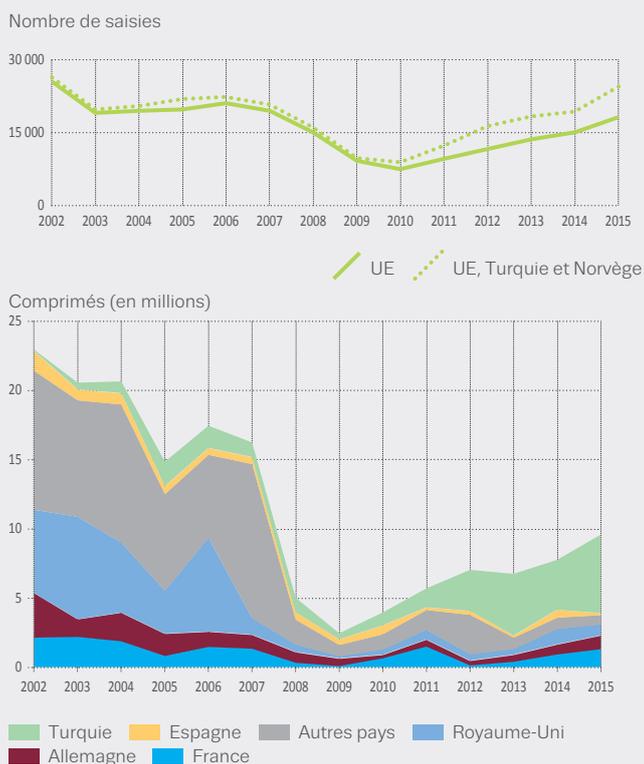
Pureté (mg MDMA/comprimé d'ecstasy)



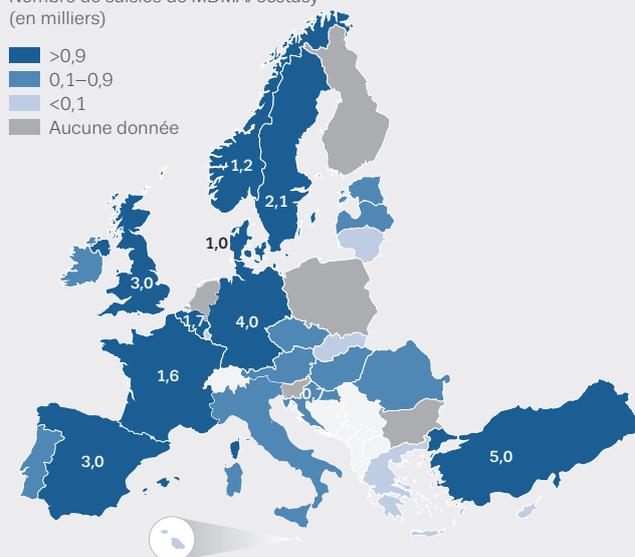
UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de la MDMA: valeurs nationales moyennes — minimum, maximum et intervalle interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.9

Nombre de saisies de MDMA/ecstasy et quantités saisies: tendances et données 2015 ou année la plus récente

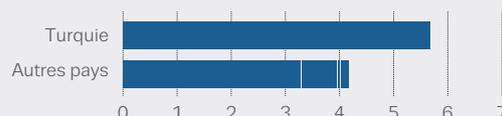


Nombre de saisies de MDMA/ecstasy (en milliers)



NB: nombre de saisies (en milliers) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Nombre de comprimés de MDMA/ecstasy saisis (en millions)



Le nombre total des saisies déclarées de MDMA ne cesse d'augmenter depuis 2010, tandis que les quantités saisies ont été relativement stables au cours de la même période. De grandes quantités de MDMA/ecstasy ont également été saisies en Turquie en 2015, de l'ordre de 5,7 millions de comprimés, un total supérieur aux quantités déclarées dans tous les autres pays considérés dans leur ensemble (figure 1.9).

Saisies de LSD, de GHB et de kétamine

Des saisies d'autres drogues illicites ont été signalées dans l'Union européenne, dont quelque 1 400 saisies de LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) en 2015, soit 100 000 unités. De plus, la Belgique a saisi un kilogramme de cette drogue. Le nombre total de saisies de LSD a doublé depuis 2010, bien que la quantité saisie fluctue. En 2015, des saisies de GHB (gamma-hydroxybutyrate) ou de GBL (gamma-butyrolactone) ont été déclarées par 14 pays. Les 1 300 saisies estimées correspondent à 320 kg et à plus de 1 500 litres de drogue, la Belgique (33 %) et la Norvège (35 %) représentant ensemble plus de deux tiers d'entre elles. Douze pays ont déclaré environ 1 200 saisies de kétamine pour un total de 130 kg de drogue (selon les estimations), l'essentiel des saisies ayant eu lieu au Danemark, en Italie et au Royaume-Uni.

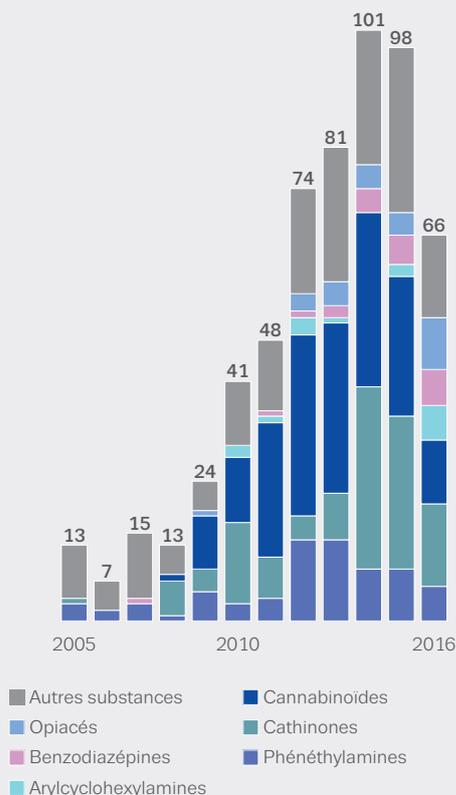
Nouvelles substances psychoactives: des substances variées et présentes en grand nombre

À la fin 2016, l'EMCDDA surveillait plus de 620 nouvelles substances psychoactives ayant fait leur apparition sur le marché européen des drogues. Ces substances, qui ne sont pas assujetties aux mesures de contrôle internationales, couvrent une vaste gamme de produits, tels que des cannabinoïdes de synthèse, des stimulants, des opiacés et des benzodiazépines (figure 1.10). Dans la plupart des cas, elles sont commercialisées comme des substituts «légaux» de drogues illicites; dans d'autres cas, elles ciblent de petits groupes qui souhaitent les expérimenter à la recherche de potentiels nouveaux effets.

Les nouvelles substances sont fréquemment produites en vrac par des entreprises chimiques et pharmaceutiques établies en Chine, d'où elles sont expédiées vers l'Europe pour y être transformées en produits, conditionnées et vendues. En outre, certaines nouvelles substances peuvent être des médicaments, qui sont tantôt détournés de leur chaîne d'approvisionnement légitime, tantôt acquis illégalement. Les substances peuvent également être produites dans des laboratoires clandestins, en Europe ou ailleurs. Selon divers indicateurs, incluant les démantèlements de laboratoires clandestins, l'analyse des

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, 2005-2016



de nouvelles substances. Le rapprochement avec le marché plus large des drogues illicites peut aussi revêtir une certaine importance à cet égard.

Le nombre de nouvelles substances détectées chaque année ne constitue que l'un des nombreux indicateurs que l'EMCDDA utilise pour comprendre le marché global. Par exemple, sur les 620 nouvelles substances qui font actuellement l'objet d'un suivi, 423 (presque 70 %) ont été détectées sur le marché des drogues en 2015. Par rapport aux 365 substances détectées en 2014 et aux 299 détectées en 2013, cela révèle à quel point ce marché s'est complexifié.

déchets résultant de la fabrication de drogues de synthèse et les saisies de précurseurs, l'Europe a connu ces dernières années une augmentation de ce type de production.

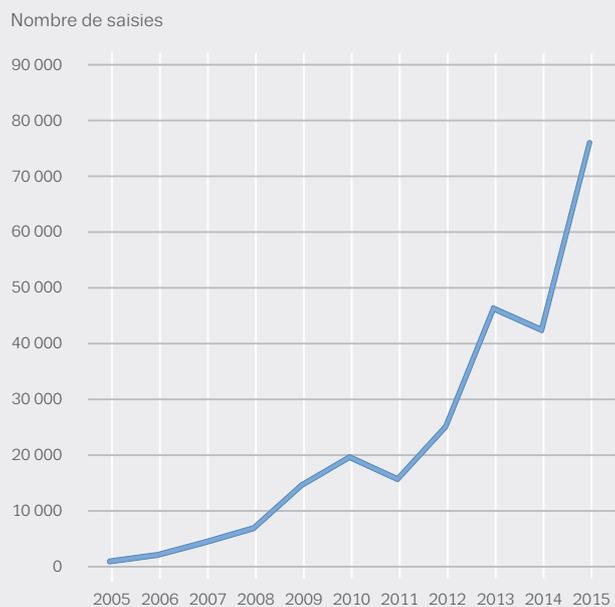
Certaines nouvelles substances sont vendues ouvertement sur le web de surface et dans des magasins physiques spécialisés, souvent en tant qu'«euphorisants légaux». Elles sont également vendues sur les marchés des *darknets* et sur le marché illicite, parfois sous leur nom véritable et parfois, de façon trompeuse, sous le nom de drogues illicites telles que héroïne, cocaïne, ecstasy et benzodiazépines.

Plus de 70 % des nouvelles substances détectées via le système d'alerte précoce de l'Union européenne l'ont été ces cinq dernières années. En 2016, 66 nouvelles substances ont été détectées pour la première fois en Europe. Si ce chiffre représente une baisse par rapport aux signalements réalisés lors de chacune des deux années précédentes, il est similaire aux signalements recensés en 2012 et 2013. Les causes de cette diminution ne sont pas claires, mais elle peut en partie s'expliquer par les mesures prises par les gouvernements nationaux d'Europe pour interdire les nouvelles substances, et notamment leur vente libre comme «euphorisants légaux». Une autre explication possible est que la Chine a pris des mesures de contrôle et mené des opérations répressives ciblant les laboratoires qui produisent

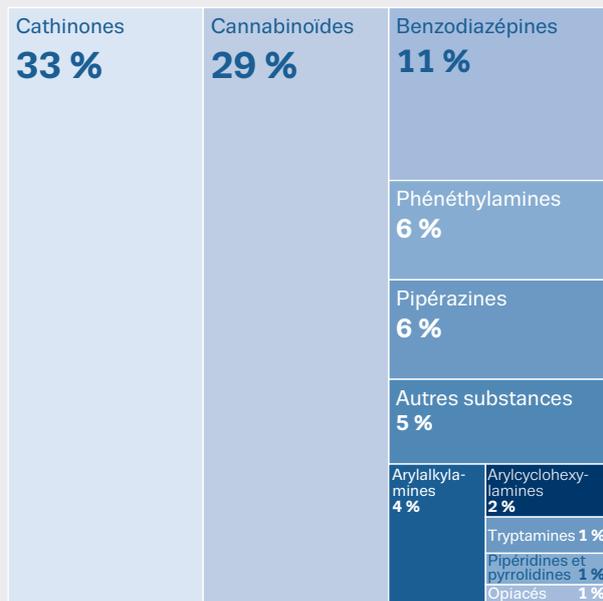
À la fin 2016, l'EMCDDA surveillait plus de 620 nouvelles substances psychoactives

FIGURE 1.11

Nombre de saisies de nouvelles substances psychoactives répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne: ventilation par catégories en 2015 et tendances



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



Augmentation des saisies de nouvelles substances psychoactives

En 2015, près de 80 000 saisies de nouvelles substances psychoactives ont été signalées via le système d'alerte précoce de l'UE 2014 (figure 1.11). Ensemble, les cathinones de synthèse et les cannabinoïdes de synthèse ont représenté en 2015 plus de 60 % de toutes les saisies de nouvelles substances (plus de 47 000). Des augmentations des quantités saisies en 2015 par rapport aux saisies de l'année précédente ont également été observées pour les cathinones de synthèse, les cannabinoïdes de synthèse et les nouveaux opiacés.

Les totaux européens des saisies de nouvelles substances sont à considérer comme des valeurs minimales, les données étant extraites de signalements spécifiques et non des systèmes de suivi. Les données sur les saisies déclarées sont influencées par des facteurs tels qu'une meilleure connaissance des nouvelles substances, l'évolution de leur statut juridique et les capacités, priorités et pratiques de signalement des services répressifs.

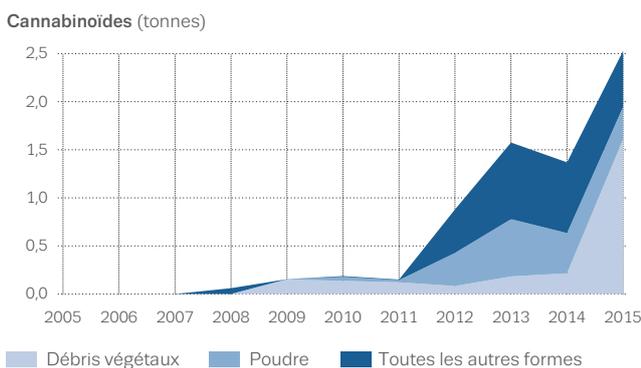
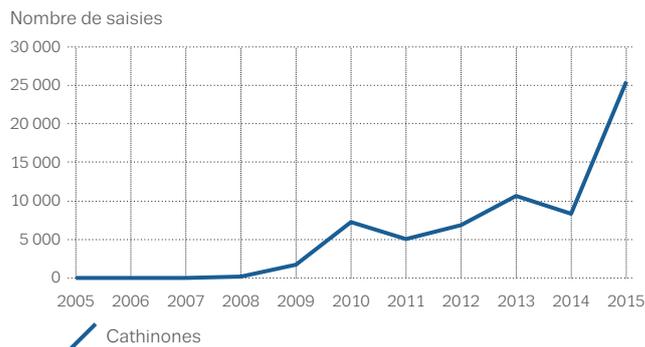
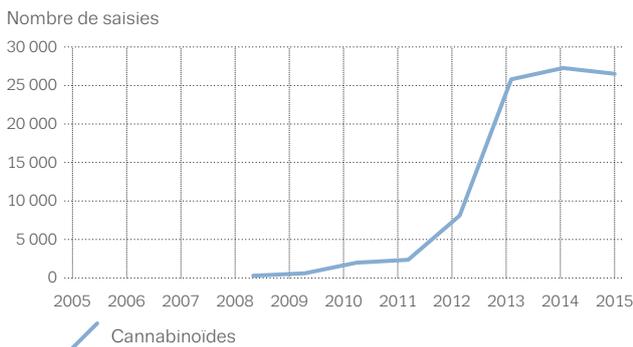
Nouveaux opiacés de synthèse

Au total, 25 nouveaux opiacés ont été détectés sur le marché européen des drogues depuis 2009 et neuf de ces substances ont été signalées pour la première fois en 2016. Parmi ces opiacés figurent 18 fentanyl, dont huit ont été repérés pour la première fois en 2016. Bien que les nouveaux fentanyls ne soient encore guère présents sur le marché européen des drogues, ces substances affichent une forte teneur en principe actif et constituent une grave menace pour la santé individuelle comme pour la santé publique en général.

Les nouveaux opiacés saisis revêtent différentes formes. Il s'agit essentiellement de poudres, de comprimés et de gélules, ainsi que, depuis 2014, de liquides. Les fentanyls représentaient plus de 60 % des 600 saisies de nouveaux opiacés de synthèse signalées en 2015. Près de deux litres d'opiacés de synthèse ont été saisis cette même année, soit une augmentation par rapport aux 240 ml déclarés l'année précédente. Des fentanyls étaient présents dans 85 % des liquides saisis. À cet égard, l'apparition sur le marché de pulvérisateurs nasaux contenant des fentanyls tels que l'acryloylfentanyl et le furanylfentanyl est préoccupante. Ces opiacés représentent 0,75 % du nombre total de saisies de nouvelles substances, car ils n'occupent qu'une petite part du marché des NPS, et seulement 0,04 % des quantités saisies du fait qu'il s'agit de produits hautement concentrés qui ne requièrent que des quantités minuscules pour être actifs.

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



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

Cannabinoïdes de synthèse

Les cannabinoïdes de synthèse sont des substances qui imitent les effets du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), la substance principalement responsable des effets psychoactifs les plus importants du cannabis. Depuis 2008 au moins, les producteurs européens exploitent ce mimétisme en important en vrac des poudres de cannabinoïdes et en mélangeant ces poudres à des débris végétaux séchés afin de créer des centaines d'«euphorisants légaux» différents. Ces produits sont ensuite commercialisés comme des substituts légaux du cannabis et vendus sous la forme de «mélanges d'herbes à fumer» prêts à consommer. Les cannabinoïdes de synthèse constituent encore le principal groupe de nouvelles substances faisant l'objet d'un suivi de l'EMCDDA. Leur composition chimique devient de plus en plus variée et 169 de ces substances ont été détectées depuis 2008, dont 11 en 2016, ce qui représente une diminution par rapport aux 24 signalements de 2015.

En 2015, un peu plus de 22 000 saisies de cannabinoïdes de synthèse ont été signalées (figure 1.12). Les cinq cannabinoïdes de synthèse les plus fréquemment saisis en 2015 étaient l'ADB-FUBINACA, l'AB-CHMINACA, l'UR-144, le 5F-AKB48 et l'ADB-CHMINACA.

Plus de 2,5 tonnes de ces substances ont ainsi été saisies. Près de 64 % des cannabinoïdes de synthèse saisis étaient des mélanges d'herbes et 13 % étant constitués de poudres.

La détection de cannabinoïdes de synthèse en poudre et d'installations de transformation en Europe laisse à penser que les produits y sont également conditionnés. S'ils avaient été transformés en «mélanges d'herbes à fumer», ces cannabinoïdes de synthèse en poudre auraient pu permettre de fabriquer des millions de doses. Les cannabinoïdes les plus saisis sous forme de poudre en 2015 étaient le 5F-AMB (61 kg), le 5F-AKB48 (61 kg) et l'ADB-FUBINACA (57 kg).

Cathinones de synthèse

Les cathinones de synthèse sont chimiquement apparentées à la cathinone, un stimulant naturel extrait du khat (*Catha edulis*). Ces substances produisent des effets similaires à ceux de stimulants illicites courants, tels que l'amphétamine, la cocaïne et la MDMA. Les cathinones de synthèse constituent le deuxième plus grand groupe de nouvelles substances faisant l'objet d'un suivi de l'EMCDDA et 118 substances de ce genre ont été détectées en tout, dont 14 l'ont été pour la première fois en 2016, soit une diminution par rapport aux 26 signalements de 2015.

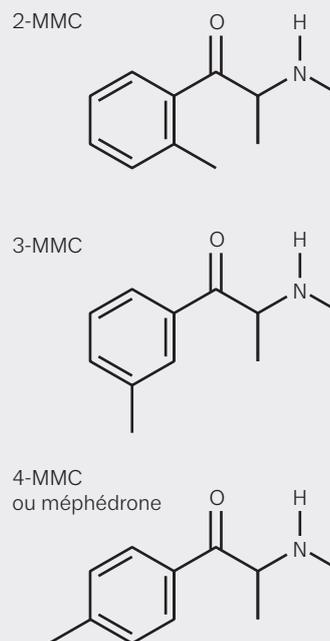
Les cathinones de synthèse ont été les nouvelles substances psychoactives les plus fréquemment saisies en 2015, avec un nombre supérieur à 25 000, soit près d'un tiers du total des saisies, ce qui représente une hausse par rapport aux 17 000 saisies (au moins) réalisées l'année précédente. Ces quantités totalisaient juste un peu plus de 1,8 tonne, soit une augmentation d'environ 0,75 tonne par rapport aux quantités de 2014 (figure 1.12). Les cathinones de synthèse existent généralement sous la forme de poudre. Les cinq cathinones les plus fréquemment saisies en 2015 étaient l'alpha-PVP, le 3-MMC, l'éthylone, le 4-CMC et la pentédrone. Plus de 60 % (1,2 tonne) des cathinones de synthèse dont des saisies ont été signalées en 2015 provenaient de Chine. La 2-MMC (156 kg) et la 3-MMC (616 kg), qui sont chimiquement apparentées à la méphédronne (4 MMC) mais ne sont pas assujetties aux réglementations internationales, constituaient une grande partie (42 %) des cathinones de synthèse saisies. Dans certains pays, la méphédronne s'est imposée sur le marché des drogues illicites et des quantités de 2-MMC et de 3-MMC sont probablement vendues comme de la méphédronne (voir figure 1.13).

Nouvelles benzodiazépines

La croissance récente du marché des nouvelles benzodiazépines est également préoccupante. Une vingtaine de ces substances font l'objet d'un suivi de l'EMCDDA et six ont été détectées pour la première fois en Europe en 2016. En 2015, plus de 300 000 comprimés contenant de nouvelles benzodiazépines comme le clonazolam, le diclazépam, l'étizolam et le flubromazolam ont été saisis, soit presque deux fois plus que ce qui avait été déclaré en 2014. Certaines nouvelles benzodiazépines étaient vendues sous forme de comprimés, de gélules ou de poudres sous leur nom propre. Dans d'autres cas, les contrefacteurs ont utilisé ces substances pour produire de faux anxiolytiques couramment prescrits, tels que le diazépam et l'alprazolam, qui étaient vendus directement sur le marché des drogues illicites.

FIGURE 1.13

Formules chimiques de la 2-MMC, de la 3-MMC et de la 4-MMC (méphédronne)



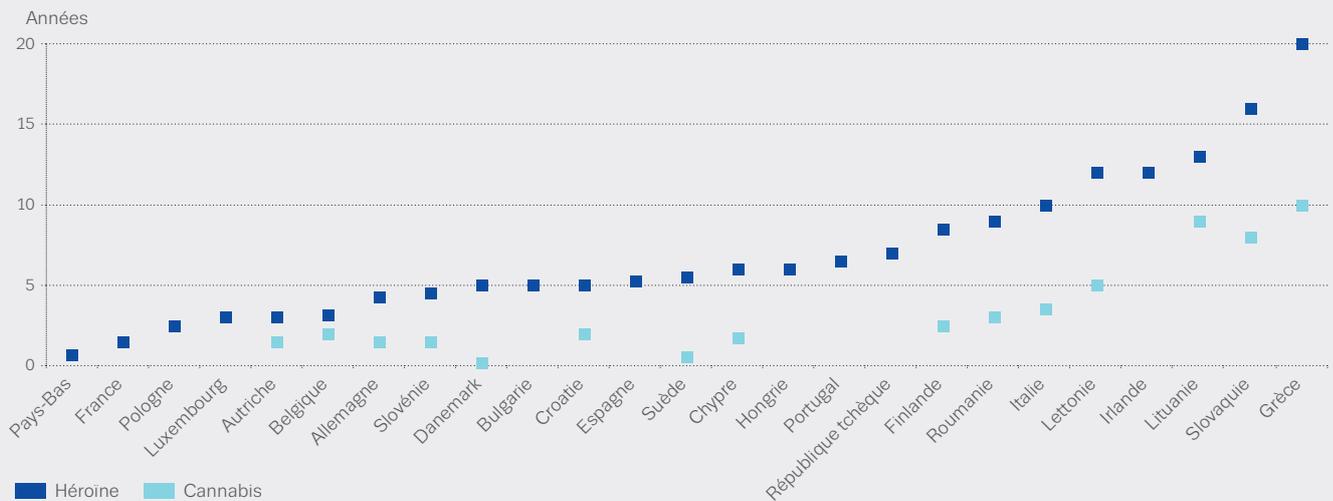
Législations ciblant l'offre de nouvelles substances psychoactives

Les pays européens adoptent des mesures pour lutter contre l'offre de drogues en vertu de trois conventions des Nations unies, qui établissent un cadre réglementaire pour la production, le commerce et la possession de plus de 240 substances psychoactives. L'émergence rapide de nouvelles substances psychoactives et la diversité des produits disponibles sont autant de défis pour les conventions et pour les responsables politiques et les législateurs européens.

Au niveau national, diverses mesures ont été adoptées pour lutter contre les nouvelles substances et trois grands types de réponses juridiques peuvent être recensés. De nombreux pays d'Europe ont d'abord réagi en ayant recours à la législation sur la sécurité des consommateurs, avant d'élargir ou d'adapter le champ d'application des législations antidrogues existantes pour y intégrer de nouvelles substances psychoactives. Les pays optent de plus en plus souvent pour l'élaboration d'une nouvelle législation spécifique ciblant ce phénomène. Les définitions des infractions et des sanctions varient considérablement, à l'instar des législations antidrogues en Europe. La tendance générale observée dans les législations antidrogues nationales, qui consiste à réduire les sanctions en cas de possession pour usage personnel, ressort aussi des législations récemment adoptées pour lutter contre les nouvelles drogues. La plupart des nouvelles législations concernant spécifiquement les nouvelles substances psychoactives ne punissent que l'offre illégale et pas la possession pour usage personnel.

FIGURE 1.14

Peines d'emprisonnement prévues pour l'offre d'un kilogramme d'héroïne ou de cannabis dans les États membres de l'UE



NB: les peines médianes prévues sont basées sur les avis d'un échantillon de juristes dans chaque pays et concernent des auteurs non récidivistes n'ayant aucun lien avec la criminalité organisée. Lorsque la peine peut être suspendue, la peine médiane n'est pas présentée.

Au niveau de l'UE, le cadre juridique actuel de lutte contre les nouvelles substances psychoactives, qui date de 2005, fait l'objet d'une révision, dont l'objectif consiste à mettre en place un système plus rapide et plus efficace soumettant aux mesures de droit pénal les comportements liés à de nouvelles substances psychoactives dangereuses.

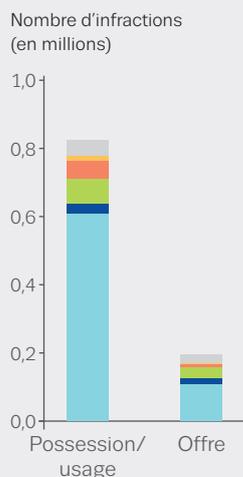
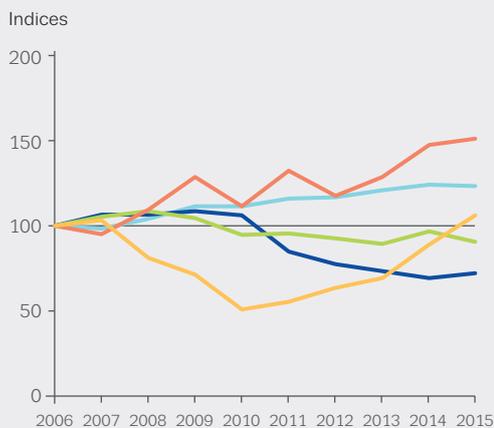
Offre de drogues: des sanctions qui varient selon la substance et le pays

L'offre non autorisée de drogues est une infraction pénale dans tous les pays européens, mais les sanctions prévues par la loi varient fortement. Il ressort d'une récente enquête menée par l'EMCDDA auprès de juristes dans les États membres de l'UE que les sanctions attendues par ces experts pour des infractions similaires liées au trafic de drogues variaient considérablement d'un pays à l'autre (voir figure 1.14). Ces variations peuvent résulter de facteurs historiques et culturels nationaux influençant les systèmes de droit pénal du pays, ainsi que des différences entre les points de vue nationaux quant à l'effet dissuasif des peines. Cette étude a également révélé que, bien que la législation puisse prévoir des sanctions similaires pour des substances différentes, dans la plupart des pays, les juristes ont répondu que les sanctions variaient selon la substance. Ainsi cela laisse supposer que le juge tient compte de différents éléments tels que le préjudice perçu par la société selon les drogues.

FIGURE 1.15

Infractions à la législation sur les stupéfiants en Europe liées à l'usage ou à la possession de drogues ou à l'offre de drogues: tendances et infractions déclarées en 2015

Possession/usage



Offre



■ Héroïne
 ■ Cocaine
 ■ MDMA/ecstasy
 ■ Cannabis
 ■ Amphétamines
 ■ Autres substances

NB: les données concernent les infractions pour lesquelles la substance concernée a été signalée.

Infractions à la législation sur les stupéfiants: prédominance du cannabis

L'application des législations est suivie grâce aux données relatives aux infractions déclarées à la législation sur les stupéfiants. Dans l'Union européenne, approximativement 1,5 million d'infractions à la législation sur les stupéfiants impliquant un million de contrevenants environ ont été signalées en 2015. La majorité de ces infractions (57 %) était liée à la consommation ou à la possession de cannabis. Les infractions déclarées ont augmenté de près d'un tiers (31 %) entre 2006 et 2015.

Au total, les infractions déclarées liées à l'offre de drogues ont augmenté de 18 % depuis 2006, pour atteindre un chiffre estimé à plus de 214 000 en 2015. Le cannabis concernait la majorité de ces infractions (57 %). Une forte hausse s'observe depuis 2013 dans les notifications d'infractions liées à l'offre de MDMA/ecstasy (figure 1.15).

En Europe, on estime dans l'ensemble que plus d'un million d'infractions concernant la consommation ou la possession pour usage personnel ont été signalées en 2015, ce qui représente une hausse de 27 % par rapport à 2006. Parmi les infractions signalées liées à la possession de drogues, trois quarts environ concernaient le cannabis (74 %). La tendance à la hausse des infractions liées à la possession d'amphétamines et de MDMA/ecstasy s'est poursuivie en 2015 (figure 1.15).

**Approximativement
1,5 million d'infractions
à la législation sur
les stupéfiants ont été
signalées en 2015**

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, 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

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

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.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Publications de l'EMCDDA et d'Europol

2017

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Publications de l'EMCDDA et d'Eurojust

2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

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

2

**La polyconsommation
est courante chez les usagers
de drogues**

Usages de drogues: 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 drogues

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

Les enquêtes menées en population générale et auprès des élèves peuvent fournir un aperçu de la prévalence de l'usage récréatif et de l'expérimentation de drogues. Des analyses des résidus de drogues 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 drogues.

Des séries de données complètes et des notes méthodologiques sont disponibles dans le [bulletin statistique](#) en ligne.

Consommation de substances des élèves scolarisés: des tendances qui varient selon les pays

Le suivi de la consommation de substances par les élèves fournit des indications utiles sur les comportements à risque en cours chez les jeunes et sur les tendances futures qui pourraient se dessiner. En 2015, le projet européen d'enquêtes en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) a mené son sixième cycle de collecte de données depuis son lancement en 1995. La dernière enquête a permis de collecter des données comparables sur la consommation de substances chez les élèves âgés de 15 à 16 ans dans 35 pays européens, dont 23 États membres de l'UE et la Norvège. Dans ces 24 derniers pays, 18 % des élèves en moyenne ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois (prévalence de la consommation au cours de la vie) et les taux les plus élevés ont été enregistrés en République tchèque (37 %) et en France (31 %). La consommation de drogues au cours du mois écoulé oscillait entre 2 % en Suède, en Finlande et en Norvège et 17 % en France, la moyenne dans les 24 pays étant de 8 %. En Europe, la consommation de cannabis au cours de la vie variait selon le sexe considéré, allant de la parité en République tchèque et à Malte à un rapport de 2,5 garçons pour une fille en Norvège.

L'usage de drogues illicites autres que le cannabis était beaucoup plus faible, avec une prévalence de la consommation au cours de la vie totalisant 5 %. Les drogues illicites les plus consommées après le cannabis étaient la MDMA/ecstasy, l'amphétamine, la cocaïne, la méthamphétamine et le LSD ou d'autres hallucinogènes, la consommation de chacune de ces substances étant signalée par 2 % d'élèves. En outre, 4 % d'élèves ont déclaré avoir déjà consommé de nouvelles substances psychoactives au cours de leur vie, les taux les plus élevés étant observés en Estonie et en Pologne (10 % dans chacun de ces pays).

Dans les 22 pays disposant de données suffisantes pour l'analyse (21 États membres de l'UE et la Norvège), les tendances générales de la prévalence de la consommation de cannabis au cours du mois écoulé indiquent un pic en 2003, avant une légère diminution dans les enquêtes ultérieures (figure 2.1). Entre les deux enquêtes les plus récentes, menées respectivement en 2011 et 2015, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie et au cours du mois écoulé est restée stable dans la plupart de ces pays. Depuis 1995, la prévalence de la consommation de drogues illicites autres que le cannabis au cours de la vie demeure pratiquement inchangée (elle a légèrement diminué entre 2011 et 2015).

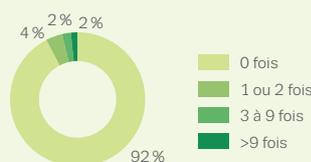
4 % d'élèves ont déclaré avoir déjà consommé de nouvelles substances psychoactives au cours de leur vie

CONSOMMATION DE SUBSTANCES CHEZ LES ÉLÈVES EUROPÉENS SCOLARISÉS DE 15 À 16 ANS (ENQUÊTE ESPAD 2015)

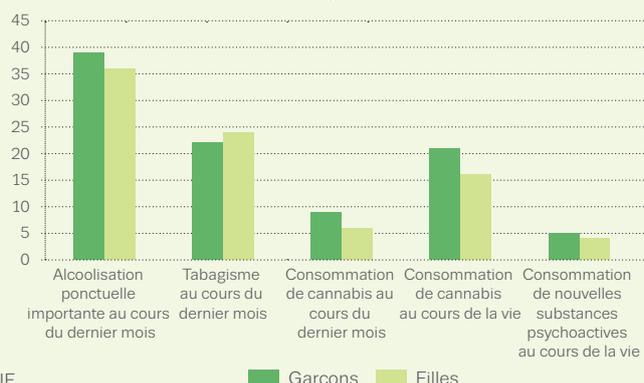
Consommation de cannabis au cours du dernier mois, ventilée par sexe



Fréquence de la consommation de cannabis au cours du dernier mois



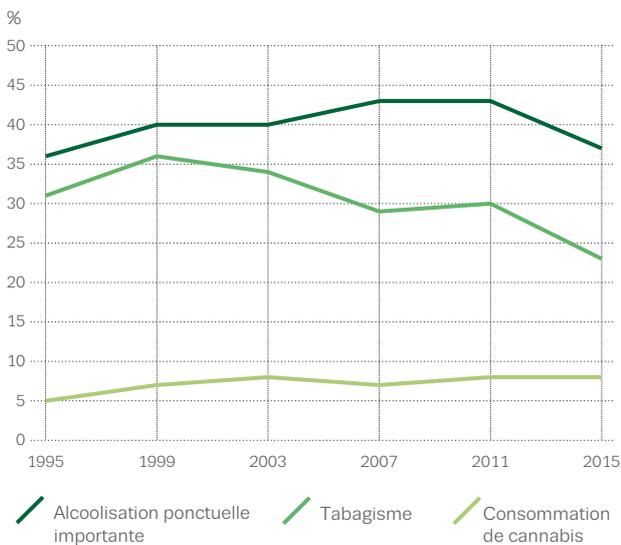
Consommation de substances (%)



NB: sur la base des données concernant la Norvège et les 23 États membres de l'UE qui ont participé à l'exercice 2015 de l'enquête ESPAD.

FIGURE 2.1

Prévalence de l'alcoolisation ponctuelle importante, du tabagisme et de la consommation de cannabis au cours du mois écoulé chez les élèves européens scolarisés de 15 à 16 ans: tendances



NB: sur la base des données concernant la Norvège et les 21 États membres de l'UE qui ont participé aux quatre derniers exercices de l'enquête ESPAD.

Tabagisme et alcoolisation ponctuelle importante: des diminutions récentes chez les élèves scolarisés

L'enquête ESPAD fournit également des données sur le tabagisme et la consommation d'alcool. Plus de quatre cinquièmes (83 %) des élèves interrogés avaient consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie. La moitié des élèves ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois écoulé, 39 % de garçons et 36 % de filles ayant consommé cinq verres ou plus au cours d'un même événement pendant le mois écoulé (alcoolisation ponctuelle importante).

Un peu moins de la moitié (47 %) des élèves avaient fumé des cigarettes, 23 % ayant déclaré avoir fumé une ou plusieurs cigarettes par jour au cours du mois précédant l'enquête, 3 % en fumant plus de 10 par jour.

Dans les 22 pays de l'EMCDDA qui disposent de données suffisantes pour permettre une analyse des tendances, on peut observer, entre 1995 et 2015, une diminution globale du tabagisme et de la consommation d'alcool au cours de la vie et au cours du mois écoulé. L'évolution des alcoolisations ponctuelles importantes est moins prononcée, bien qu'une augmentation s'observe chez les filles au cours de cette période. Entre l'enquête de 2011 et celle de 2015, le tabagisme au cours du mois écoulé et les alcoolisations ponctuelles importantes ont diminué.

Plus de 93 millions d'adultes ont déjà consommé des drogues illicites

Plus de 93 millions d'adultes, soit un peu plus d'un quart des personnes âgées de 15 à 64 ans dans l'Union européenne, auraient déjà consommé des drogues illicites au cours de leur vie. Les hommes sont plus nombreux à déclarer cette consommation (56,8 millions) que les femmes (36,8 millions). La drogue la plus expérimentée est le cannabis (53,8 millions d'hommes et 34,1 millions de femmes); des estimations beaucoup plus faibles étant rapportées pour l'usage au cours de la vie de cocaïne (12,2 millions d'hommes et 5,3 millions de femmes), de MDMA/ecstasy (9,3 millions d'hommes et 4,7 millions de femmes) et d'amphétamines (8,4 millions d'hommes et 4,2 millions de femmes). Les niveaux d'usage de cannabis au cours de la vie diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, allant de huit adultes sur vingt environ en France à moins d'un sur vingt à Malte et en Roumanie.

La consommation de drogues au cours de l'année écoulée constitue un indicateur de l'usage de drogues récent: elle est majoritairement le fait de jeunes adultes. Selon les estimations, 18,7 millions de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) auraient consommé des drogues au cours de l'année écoulée, les hommes étant deux fois plus nombreux que les femmes.

Consommation de cannabis: des tendances nationales diverses

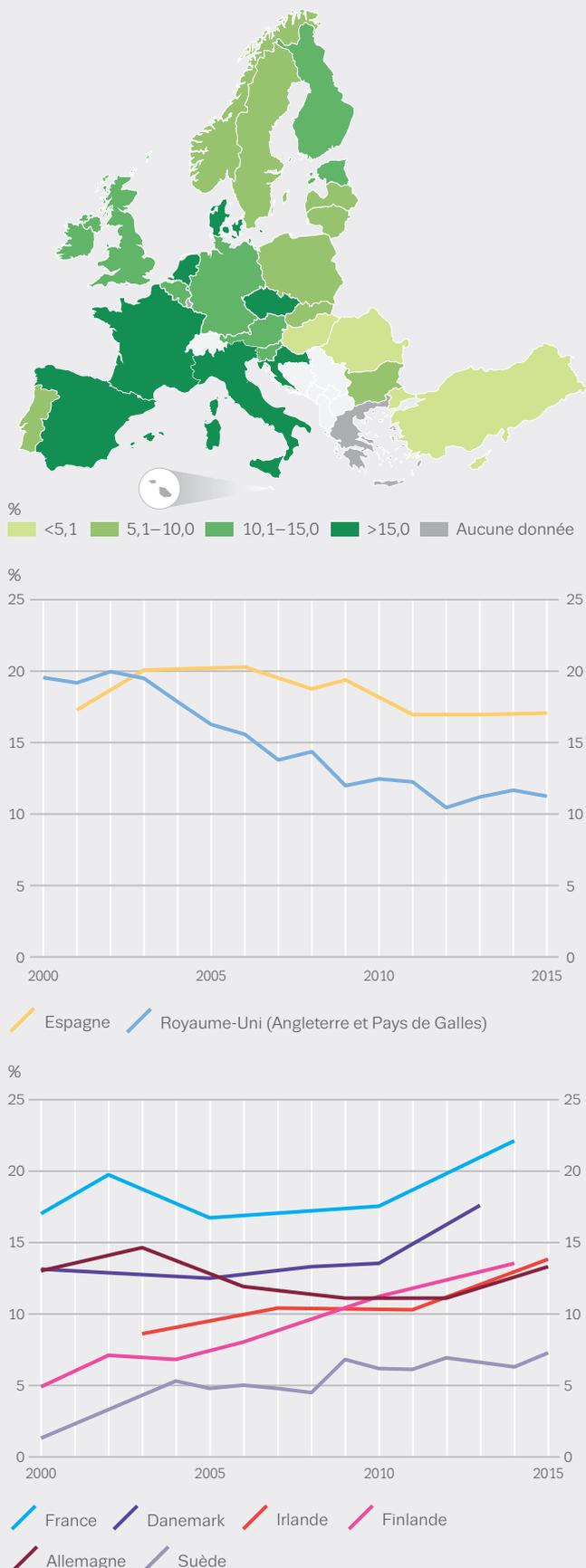
Toutes tranches d'âge confondues, le cannabis est la drogue illicite la plus susceptible d'être consommée. Il est généralement fumé et, en Europe, fréquemment mélangé à du tabac. L'usage de cannabis peut être occasionnel, régulier ou témoigner d'une dépendance.

Selon les estimations, 87,7 millions d'adultes européens (âgés de 15 à 64 ans), soit 26,3 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé du cannabis à un moment ou l'autre de leur vie. Parmi ces consommateurs, on estime à 17,1 millions le nombre de jeunes Européens de 15 à 34 ans (13,9 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, dont 10 millions de jeunes entre 15 et 24 ans (17,7 % de cette tranche d'âge). Chez les jeunes de 15 à 34 ans, les taux de prévalence au cours de l'année écoulée varient entre 3,3 % en Roumanie et 22 % en France. Parmi ces consommateurs, le rapport était de deux hommes pour une femme.

La drogue la plus expérimentée est le cannabis

FIGURE 2.2

Prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15-34 ans): données les plus récentes (cartes) et sélection de tendances



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. Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2014 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, sept ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, six, des estimations stables et deux, des estimations plus faibles.

Rares sont les pays qui disposent de données d'enquête suffisantes pour pouvoir produire une analyse statistique des tendances en matière de consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans). Dans ces pays, après les baisses sur le long terme, précédemment observées au cours de la dernière décennie en Espagne et au Royaume-Uni, les données les plus récentes montrent une stabilisation (figure 2.2).

Au cours de la dernière décennie, une tendance à la hausse s'observe en Irlande et en Finlande, ainsi qu'en Suède, bien que la prévalence dans ce pays soit stable depuis 2009. En Allemagne, en France et au Danemark, aucune tendance statistique à la hausse n'apparaît pendant cette période, bien que les dernières enquêtes semblent indiquer de récentes augmentations de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes. En 2014, la France a enregistré un nouveau pic (22 %), tandis que le taux de 13 % notifié par l'Allemagne en 2015 représente la plus forte prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes à avoir été observée dans ce pays au cours des dix dernières années. En ce qui concerne les pays qui ne disposent pas de données suffisantes pour pouvoir produire une analyse statistique des tendances, la deuxième enquête annuelle comparable des Pays-Bas a, en 2015, confirmé une prévalence d'environ 16 %, tandis que la première enquête nationale menée par l'Autriche depuis 2008 faisait état d'une prévalence de 14 %.

Usage problématique de cannabis: de plus en plus de consommateurs admis en traitement

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 30 % de ceux-ci sont des usagers plus âgés (entre 35 et 64 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 fournir des informations sur la nature et 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 43 000 en 2006 à 76 000 en 2015. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de cette augmentation, au rang desquels figurent l'augmentation de la prévalence de la consommation de cannabis en population générale, la hausse du nombre de consommateurs se livrant à un usage intensif, la disponibilité de produits à plus forte teneur en principe actif, l'orientation accrue des patients vers les services spécialisés et l'augmentation de l'offre de traitement.

Prévalence de la cocaïne: des tendances nationales stables

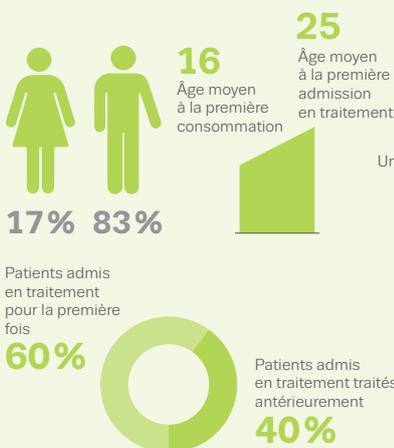
La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment consommée en Europe et son usage est plus répandu dans les pays méridionaux et occidentaux. Parmi les consommateurs réguliers, une distinction peut être établie entre les consommateurs socialement intégrés, qui sniffent souvent de la cocaïne en poudre (forme chlorhydrate), et les consommateurs marginalisés, qui se l'injectent ou fument du crack (cocaïne base), parfois en combinaison avec des opiacés.

Selon les estimations, 17,5 millions d'adultes européens (âgés de 15 à 64 ans), soit 5,2 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé de la cocaïne à un moment ou à un autre de leur vie. Parmi ces consommateurs, on estime à environ 2,3 millions le nombre de jeunes adultes de 15 à 34 ans (1,9 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé cette substance au cours de l'année écoulée.

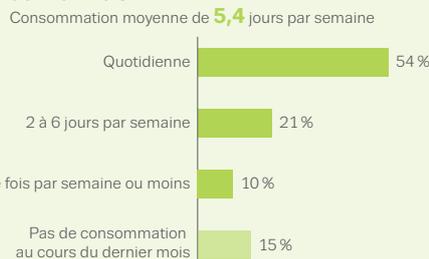
Seuls l'Irlande, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni font état d'une prévalence de la cocaïne de 2,5 % ou plus chez les jeunes adultes au cours de l'année écoulée. En Europe, les diminutions de la consommation de cocaïne des années précédentes n'ont pas été observées dans les enquêtes les plus récentes. Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2014 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, deux ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, onze, une tendance stable et un, une estimation plus faible.

CONSOMMATEURS DE CANNABIS ADMIS EN TRAITEMENT

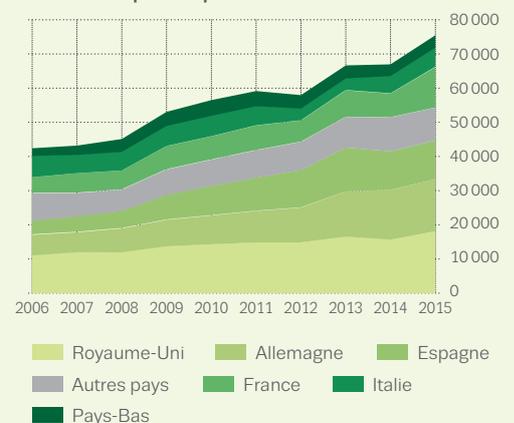
Caractéristiques



Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



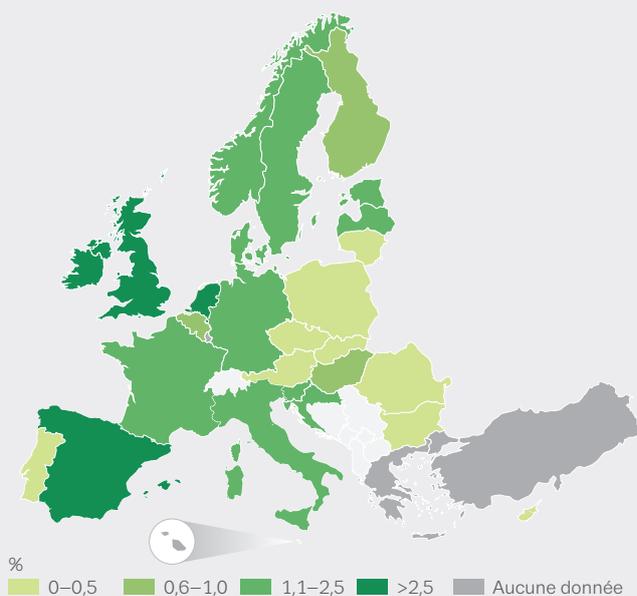
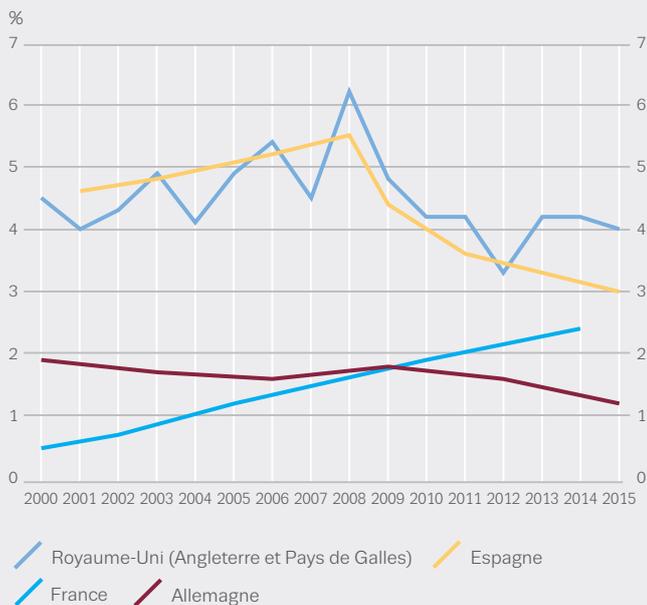
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant le cannabis comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 23 pays. Les données depuis 2014 concernant l'Italie ne sont pas comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national.

FIGURE 2.3

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



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 et les nouvelles données confirment les tendances existantes. 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 (figure 2.3). En France, si la prévalence est moindre, une tendance à la hausse peut s'observer: en 2014, la prévalence y a dépassé pour la première fois le taux de 2 %. Sur le plan statistique, l'enquête menée en 2015 en Allemagne révèle une baisse de la prévalence de la cocaïne, qui était restée stable entre 2000 et 2009.

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. Cette analyse permettant de mesurer la consommation collective de substances pures au sein d'une communauté, ses résultats ne sont pas directement comparables aux estimations de la prévalence provenant des enquêtes nationales menées auprès de la population. Les résultats de l'analyse des eaux usées sont présentés sous la forme de quantités normalisées (charges de masse) de résidus de drogues par 1 000 habitants et par jour.

Selon l'analyse de 2016, 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 et du Royaume-Uni et des taux très faibles ont été observés dans la majorité des villes d'Europe orientale (voir figure 2.4). Parmi les 33 villes disposant de données

pour 2015 et 2016, 22 ont signalé une augmentation, quatre, une diminution et sept, une situation stable. Des tendances stables ou à la hausse sur le long terme sont signalées pour la plupart des 13 villes disposant de données pour 2011 et 2016.

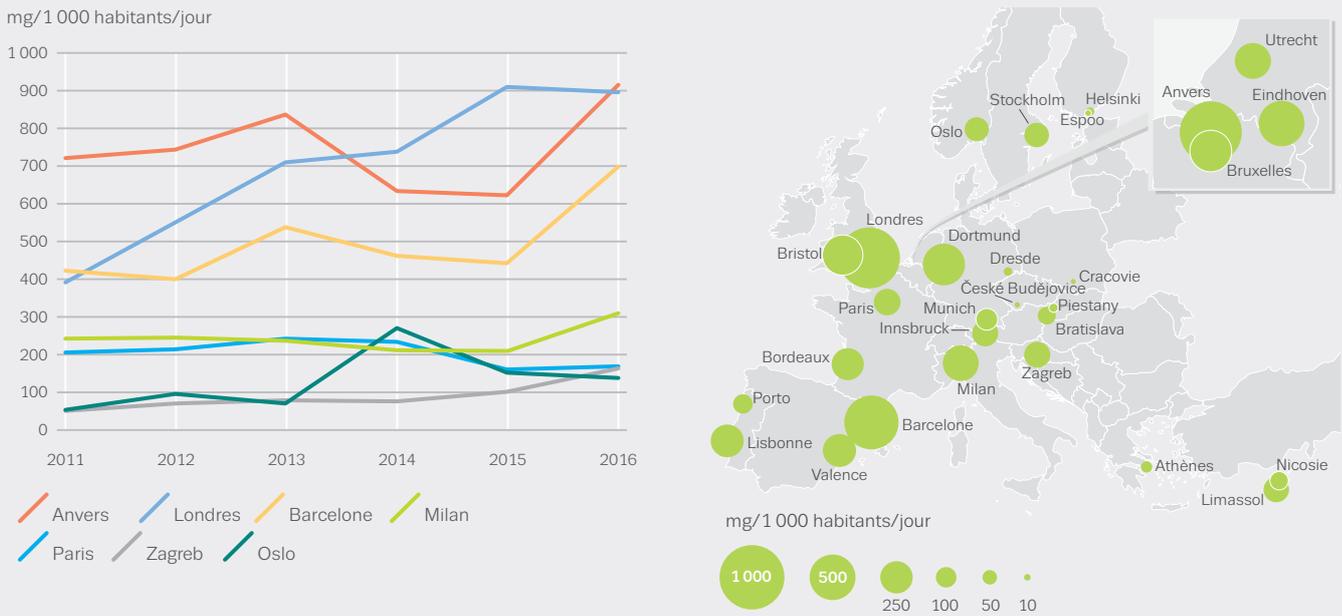
Usage problématique de cocaïne: une demande de traitement stable

La prévalence de l'usage problématique de cocaïne en Europe est difficile à mesurer, étant donné que seuls quatre pays disposent d'estimations récentes et que diverses définitions et méthodes ont été utilisées. En 2015, sur la base de questions liées à la gravité de la dépendance, l'Allemagne a estimé à 0,20 % l'usage problématique de cocaïne chez les adultes, tandis que l'Espagne a utilisé la fréquence de la consommation pour estimer à 0,24 % la consommation problématique de cette substance. En 2015, l'Italie a estimé à 0,65 % le taux d'utilisateurs ayant besoin d'un traitement pour consommation de cocaïne. Au Portugal, compte tenu de l'usage de cocaïne déclaré pour l'année écoulée, la consommation problématique a été estimée à 0,62 % en 2012.

L'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni représentent environ trois quarts (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 quelque 63 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé en 2015 et par quelque 28 000 nouveaux patients. Après une période de recul, le nombre total de patients entamant pour la première

FIGURE 2.4

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 pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine en 2016. Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

fois un traitement pour dépendance à la cocaïne est relativement stable depuis 2012.

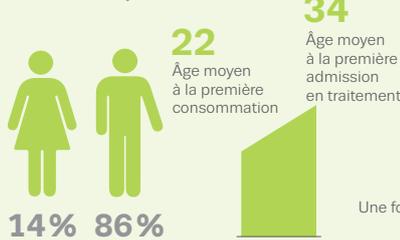
autres l'étaient essentiellement en Espagne, en France et aux Pays-Bas (1 900 dans ces trois pays).

En 2015, en Europe, 7 400 patients ayant entamé un traitement ont cité le crack comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes; près de deux tiers (4 800) d'entre eux étaient comptabilisés au Royaume-Uni et les

En outre, pour 2011/2012, le Royaume-Uni (Angleterre) a estimé à 0,48 % la consommation de crack/cocaïne parmi la population adulte. La plupart de ces consommateurs de crack consommaient également des opiacés.

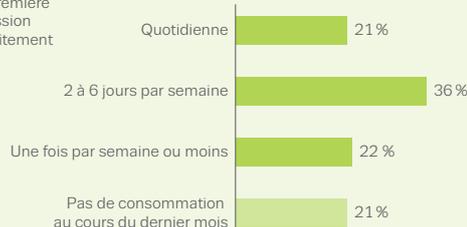
CONSUMMATEURS DE COCAÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

Caractéristiques

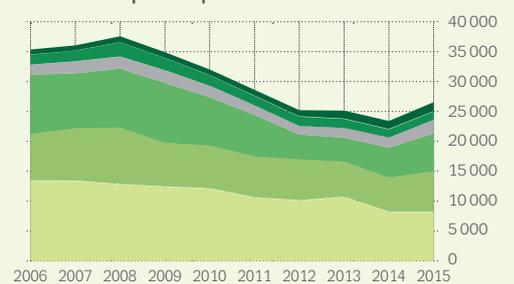


Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

Consommation moyenne de 3,7 jours par semaine



Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



Patients admis en traitement pour la première fois

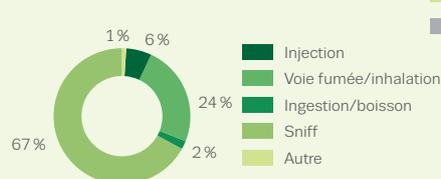
47%



Patients admis en traitement traités antérieurement

53%

Voie d'administration

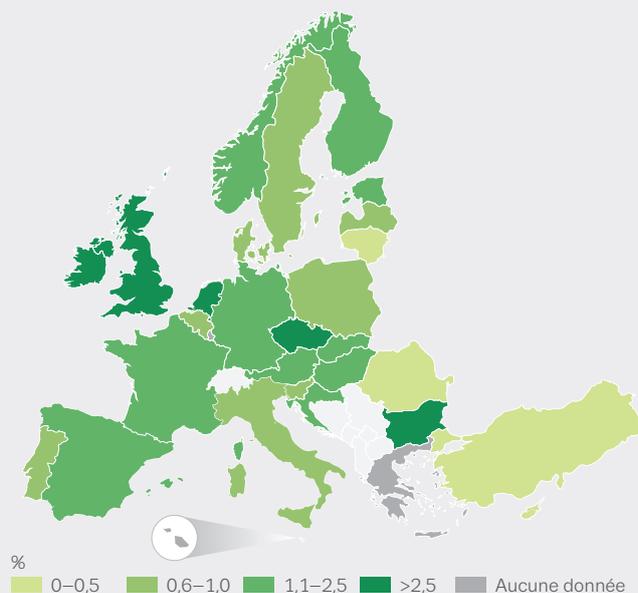
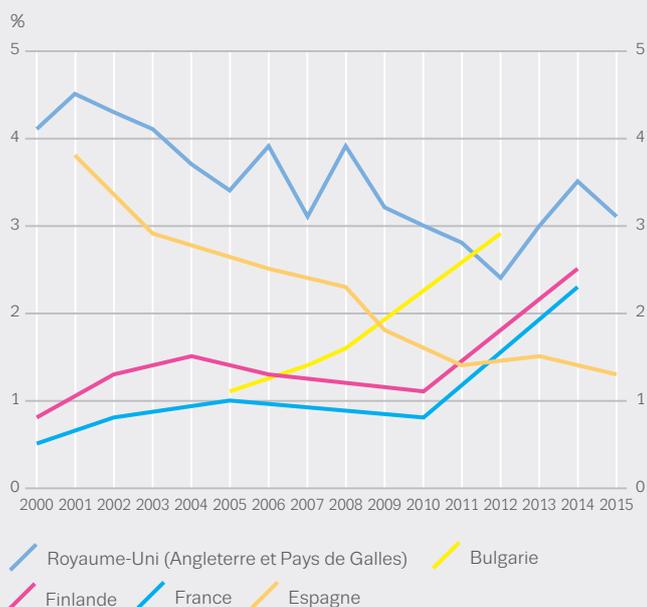


Espagne Royaume-Uni Italie
Autres pays Pays-Bas Allemagne

NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant la cocaïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 23 pays. Les données depuis 2014 concernant l'Italie ne sont pas comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national.

FIGURE 2.5

Prévalence de la consommation de MDMA/ecstasy au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15-34 ans): sélection de tendances et données les plus récentes



MDMA: une consommation de plus en plus répandue

La MDMA (3,4-méthylènedioxyamphétamine) est consommée sous forme de comprimés (souvent appelés «comprimés d'ecstasy»), mais est aussi disponible sous forme «cristal» ou en poudre; les comprimés sont généralement ingérés, tandis que la forme «cristal» et la poudre sont consommées par voie orale et peuvent également être sniffés. Si la plupart des enquêtes européennes ont traditionnellement porté sur la consommation d'ecstasy plutôt que sur l'usage de MDMA, cette situation est en pleine évolution.

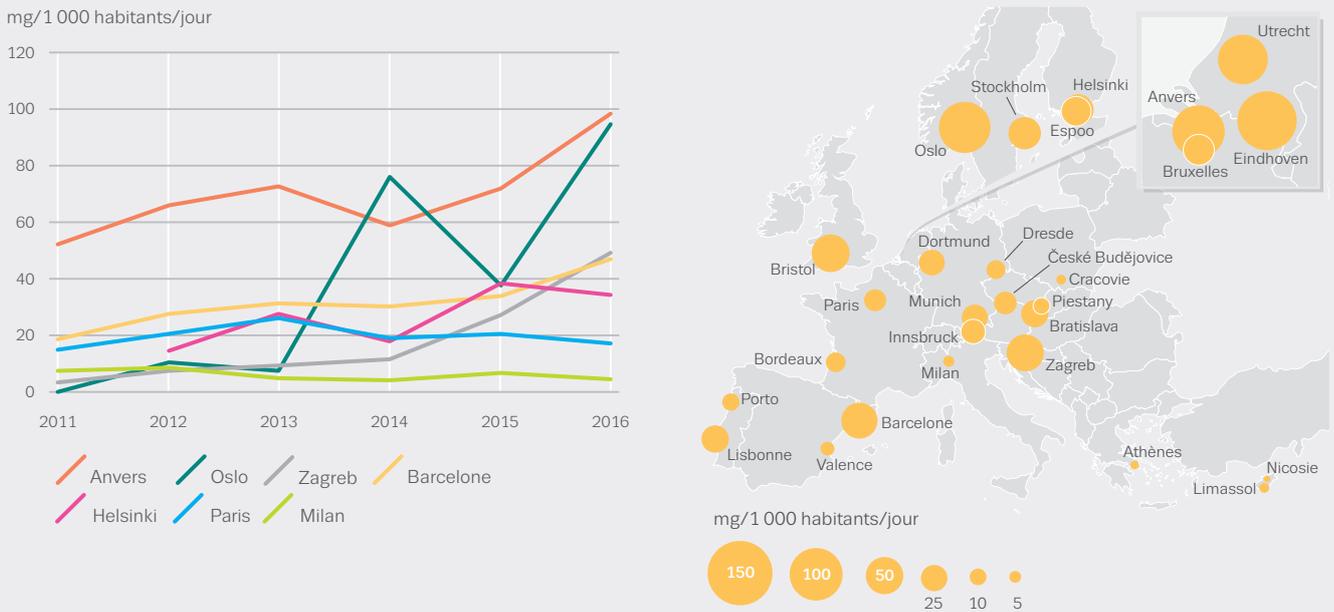
Selon les estimations, 14 millions d'adultes européens (âgés de 15 à 64 ans), soit 4,2 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé de la MDMA/ecstasy à un moment ou l'autre de leur vie. Il ressort des dernières données relatives à la consommation de cette drogue dans la tranche d'âge où la prévalence est la plus forte que 2,3 millions de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) auraient consommé de la MDMA/ecstasy au cours de l'année écoulée (1,8 % de cette tranche d'âge), les estimations nationales s'échelonnant de 0,3 % à Chypre, en Lituanie et en Roumanie à 6,6 % aux Pays-Bas.

Jusqu'à récemment, la prévalence de la MDMA/ecstasy était en baisse dans de nombreux pays, après avoir atteint des niveaux record entre le début et le milieu des années 2000. Cependant, les observateurs signalent une hausse de la consommation de MDMA/ecstasy ces dernières années. Parmi les pays qui ont réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2014 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, les résultats semblent révéler une tendance à la hausse constante en Europe, cinq pays ayant signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente et neuf, des estimations stables.

Lorsque les données permettent d'effectuer une analyse statistique des tendances en matière de consommation de MDMA/ecstasy par les jeunes adultes au cours de l'année écoulée, les données les plus récentes semblent suggérer que la situation évolue. Après une période de stabilité ou d'augmentation progressive depuis 2000, la France et la Finlande signalent de fortes augmentations en 2014 (figure 2.5). Au Royaume-Uni, les données de 2015 vont dans le sens d'une réduction de l'augmentation qui pouvait être observée depuis 2012, tandis qu'en Espagne, la tendance à la baisse sur le long terme se maintient, bien que les valeurs récentes soient stables.

FIGURE 2.6

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



Selon une analyse de 2016 portant sur plusieurs villes, les charges de masse de MDMA les plus élevées ont été constatées dans les eaux usées de villes de Belgique, des Pays-Bas et de la Norvège (figure 2.6). Parmi les 32 villes disposant de données pour 2015 et 2016, 17 ont signalé une augmentation, 11, une diminution et quatre, une situation stable. En ce qui concerne les tendances à plus long terme, dans la plupart des villes disposant de données pour ces deux années, les charges de MDMA des eaux usées étaient plus élevées en 2016 qu'en 2011, avec des hausses marquées observées dans certaines villes.

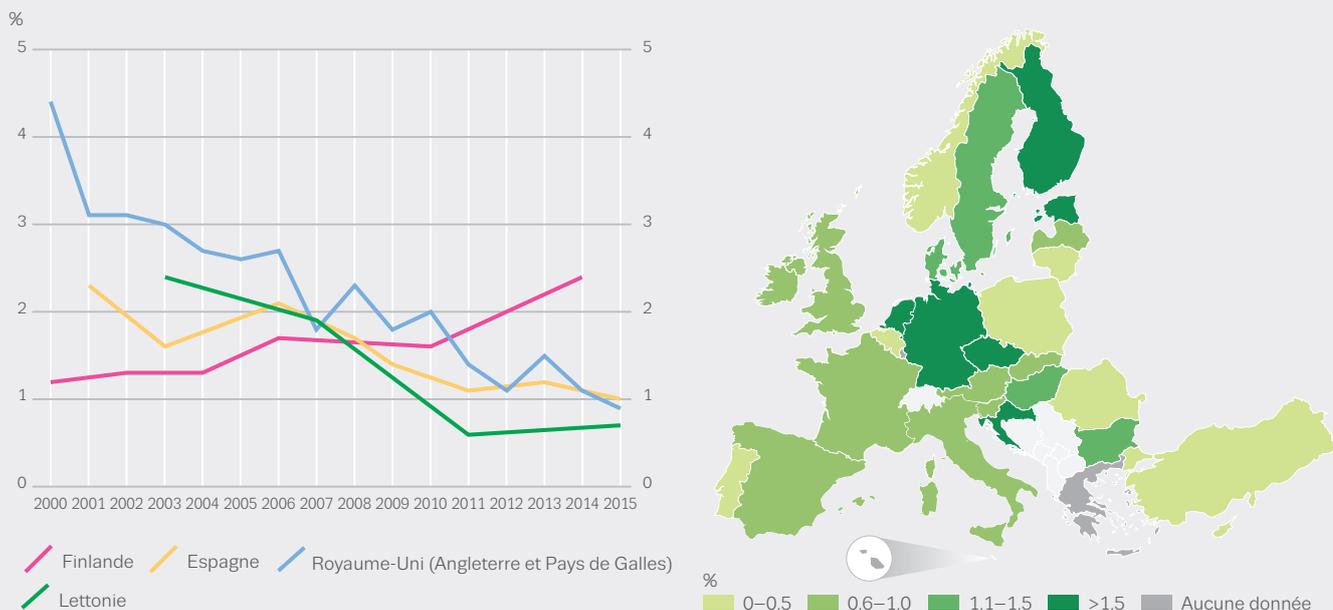
La MDMA/ecstasy est souvent consommée en même temps que d'autres substances, dont l'alcool, et, par tradition, est étroitement liée à la vie nocturne et en particulier à la scène musicale et festive électro. Il semble qu'actuellement, dans les pays à prévalence plus élevée, la MDMA/ecstasy ne soit plus une drogue de niche ou liée à une sous-culture; sa consommation ne se limite plus aux clubs et aux soirées électro, elle touche une vaste gamme 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 2015, elle était citée par moins de 1 % (quelque 900 cas) des patients entamant un traitement pour la première fois en Europe.

Les observateurs signalent une hausse de la consommation de MDMA/ecstasy

FIGURE 2.7

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



Consommation d'amphétamines: des situations nationales divergentes

L'amphétamine et la méthamphétamine sont deux stimulants apparentés consommés en Europe, bien que l'amphétamine soit beaucoup plus consommée. La consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la République tchèque et, 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.

Selon les estimations, 12,5 millions d'adultes européens (âgés de 15 à 64 ans), soit 3,8 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé des amphétamines à un moment ou l'autre de leur vie. Il ressort des dernières données relatives à la consommation d'amphétamines dans la tranche d'âge où la prévalence de ces drogues est la plus forte que 1,3 million (1,1 %) de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) auraient consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée, les dernières estimations nationales de la prévalence s'échelonnant de 0,1 % à Chypre, au Portugal et en Roumanie à 3,1 % aux Pays-Bas. 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 ont réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2014 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, deux ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, dix, une tendance stable et deux, des estimations plus faibles.

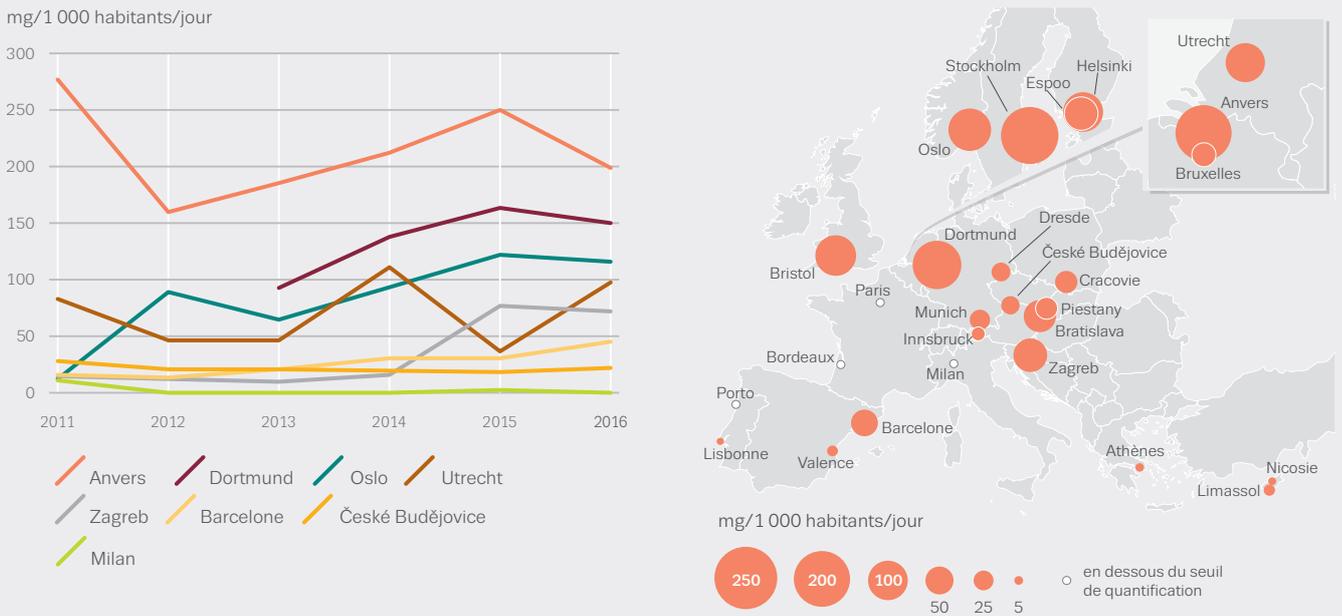
Une analyse statistique des tendances en matière de prévalence des amphétamines au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes ne peut être faite que pour un petit nombre de pays. En Espagne, en Lettonie et au Royaume-Uni, des tendances à la baisse durables peuvent s'observer (figure 2.7). En revanche, la Finlande connaît une augmentation de la prévalence depuis 2000.

Selon l'analyse des eaux usées municipales effectuée en 2016, les charges de masse d'amphétamines variaient considérablement en Europe, les niveaux les plus élevés ayant été signalés dans des villes du Nord de l'Europe (voir figure 2.8), tandis que des niveaux bien inférieurs ont été décelés dans des villes du Sud. Parmi les 32 villes disposant de données pour 2015 et 2016, 13 ont signalé une augmentation, neuf, une situation stable et dix, une diminution. Dans l'ensemble, l'évolution des données de 2011 à 2016 indique des tendances relativement stables pour l'amphétamine.

La consommation de méthamphétamine, généralement faible et traditionnellement concentrée en République tchèque et en Slovaquie, semble désormais avoir atteint l'Est de l'Allemagne et le Nord de l'Europe, particulièrement des villes de Finlande (voir figure 2.9). En 2015 et 2016, parmi les 30 villes disposant de données sur la méthamphétamine présente dans les eaux usées, 13 ont signalé une augmentation, dix, une situation stable et sept, une diminution.

FIGURE 2.8

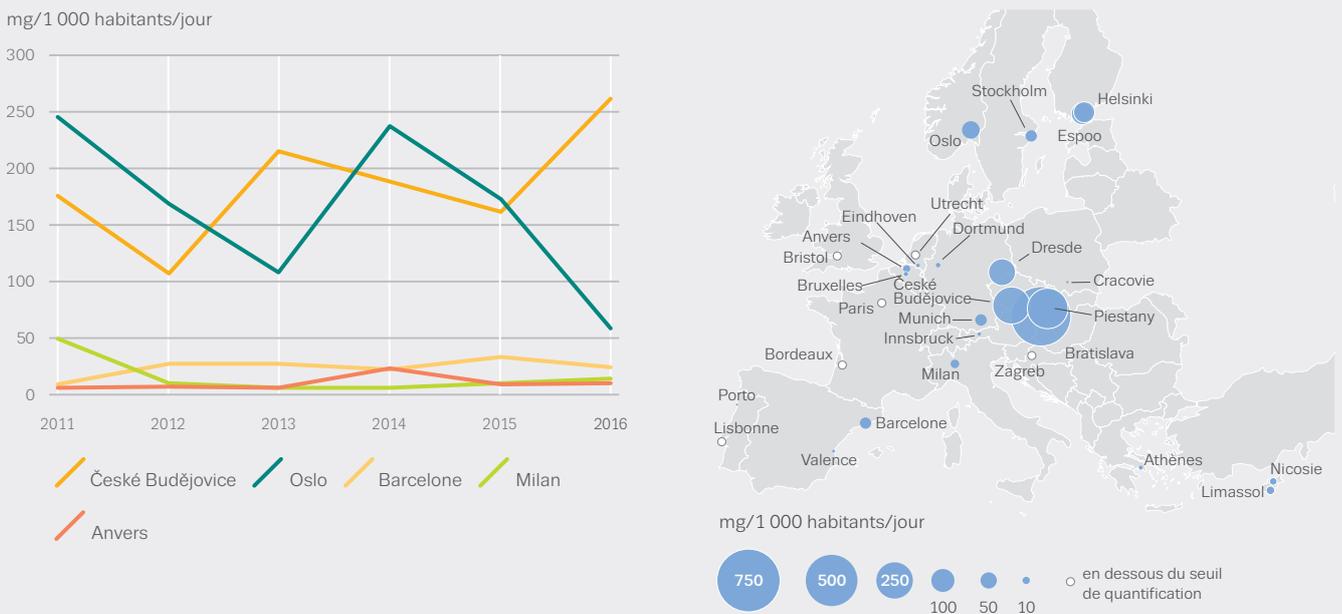
Résidus d'amphétamines dans les eaux usées de certaines villes européennes: tendances et données les plus récentes



NB: quantités quotidiennes moyennes d'amphétamines en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine en 2016.
Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURE 2.9

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



NB: quantités quotidiennes moyennes de méthamphétamine en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine en 2016.
Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

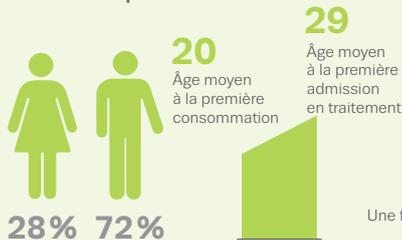
Usage problématique d'amphétamines: demande de traitements en hausse

Les problèmes liés à la consommation chronique et sur le long terme d'amphétamines par voie intraveineuse ont historiquement été davantage observés dans les pays d'Europe du Nord. En revanche, les problèmes liés à la consommation chronique de méthamphétamine sont plus manifestes en République tchèque et en Slovaquie. De récentes estimations de l'usage problématique d'amphétamines en 2015 sont disponibles pour la Norvège (0,33 %, soit 11 200 adultes) et pour l'Allemagne (0,19 %, soit 102 000 consommateurs). Il est possible que les consommateurs d'amphétamines constituent la majorité des 2 180 consommateurs problématiques de stimulants estimés (0,17 %) signalés en Lettonie en 2014, ce qui représente une diminution par rapport aux 6 540 (0,46 %) notifiés en 2010. 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 adultes (de 15 à 64 ans) a été estimé à 0,49 % environ en 2015. L'usage problématique de méthamphétamine, principalement par injection, est passé de 20 900 consommateurs en 2007 à un niveau record de 36 400 consommateurs en 2014, avant de retomber à 34 200 consommateurs en 2015. L'estimation pour Chypre est de 0,14 %, soit 678 consommateurs, en 2015.

Environ 34 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe en 2015 (dont environ 14 000 étaient admis en traitement pour la première fois de leur vie) ont déclaré que les amphétamines étaient le produit leur posant le plus de problèmes. Ces consommateurs d'amphétamines représentent plus de 15 % des patients admis en traitement pour la première fois uniquement en Bulgarie, en Allemagne, en Lettonie, 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 regroupent à elles deux 90 % des 9 000 patients suivant un traitement spécialisé pour usage de méthamphétamine en Europe. Dans l'ensemble, la tendance à la hausse observée entre 2006 et 2014 du nombre de patients admis pour la première fois en traitement qui déclarent que l'amphétamine ou la méthamphétamine est la drogue leur posant le plus de problèmes s'est maintenue en 2015 dans la plupart des pays.

CONSUMMATEURS D'AMPHÉTAMINES ADMIS EN TRAITEMENT

Caractéristiques



Patients admis en traitement pour la première fois

43%

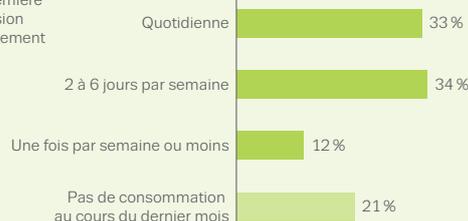


Patients admis en traitement traités antérieurement

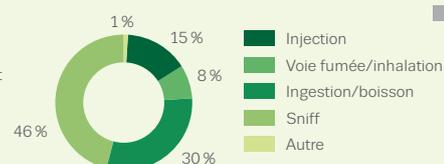
57%

Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

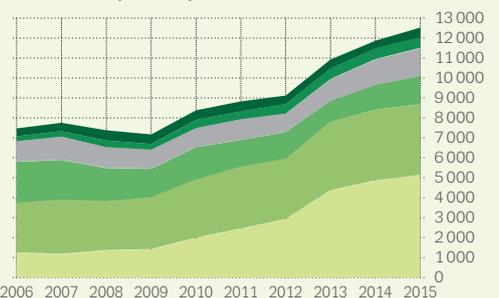
Consommation moyenne de 4,4 jours par semaine



Voie d'administration



Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



Allemagne République tchèque Royaume-Uni
Autres pays Slovaquie Pays-Bas

NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citent les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 23 pays.

Kétamine, GHB et hallucinogènes: des usages qui demeurent limités

Diverses autres substances ayant des propriétés hallucinogènes, anesthésiantes, dissociatives ou sédatives sont consommées en Europe, notamment le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique), les champignons hallucinogènes, la kétamine et le GHB (gamma-hydroxybutyrate).

L'usage récréatif 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 la prévalence de l'usage de GHB et de kétamine dans les populations adultes et scolaires restent basses. Dans son enquête de 2015, la Norvège a signalé une prévalence de l'usage de GHB au cours de l'année écoulée de 0,1 % pour les adultes (de 15 à 64 ans). En 2015, la prévalence de la consommation de kétamine, de poppers et de GHB chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans) au cours de l'année écoulée a été estimée à 0,6 % en République tchèque et au Royaume-Uni.

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 (de 15 à 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 des Pays-Bas (1,1 %) et de la République tchèque (2,2 %) pour les champignons hallucinogènes en 2015, et de la Finlande, qui affiche une prévalence de 1,3 % pour le LSD en 2014.

Nouvelles substances psychoactives: une consommation faible en population générale

Plusieurs pays ont intégré les nouvelles substances psychoactives dans leurs enquêtes en population générale, même si les différences entre les méthodes et les questions des enquêtes limitent les comparaisons entre pays. Depuis 2011, 11 pays européens communiquent des estimations nationales de la consommation de nouvelles substances psychoactives (à l'exception de la kétamine et du GHB). Pour les jeunes adultes (de 15 à 34 ans), la prévalence de consommation de ces substances au cours de l'année écoulée est comprise entre 0,3 % en Autriche et 1,6 % en République tchèque et en Irlande.

Des données d'enquête concernant la consommation de méphédronne sont disponibles pour le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles). Dans l'enquête menée le plus récemment (2015/2016), la consommation de cette drogue

chez les jeunes âgés de 16 à 34 ans au cours de l'année écoulée était estimée à 0,5 %, en baisse par rapport à 2014/2015 (1,1 %).

Quelques enquêtes comportaient des questions sur la consommation de cannabinoïdes de synthèse. Chez les jeunes de 15 à 34 ans, la consommation de cannabinoïdes de synthèse au cours de l'année écoulée a été estimée à 1,5 % en Lettonie et à 0,4 % en Slovaquie en 2015, et à 0,1 % en Finlande en 2014. Toujours en 2014, environ 4 % des jeunes de 18 à 34 ans en France déclaraient avoir déjà consommé des cannabinoïdes de synthèse.

Nouvelles substances psychoactives: consommation problématique dans les populations marginalisées

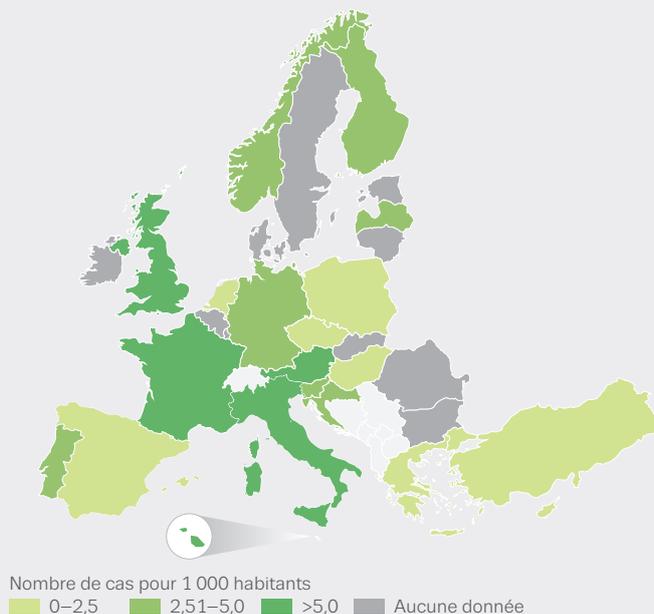
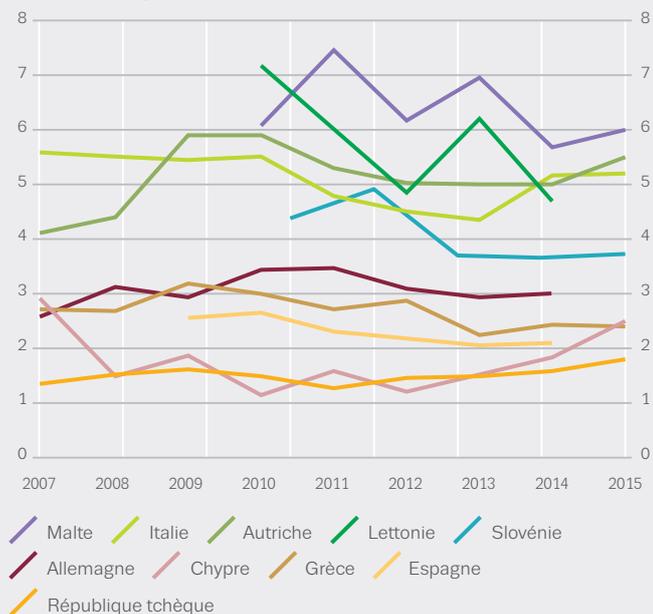
En 2016, l'EMCDDA a étudié la consommation des nouvelles substances psychoactives chez les usagers problématiques. Il a ainsi été constaté que, si les niveaux de consommation étaient généralement faibles en Europe, les habitudes de consommation étaient associées à de nombreux problèmes. Une majorité de pays européens (22) a signalé la consommation de nouvelles substances psychoactives au sein de groupes d'usagers problématiques, bien qu'un usage plus intensif parmi les consommateurs d'opiacés et de stimulants par voie intraveineuse se soit limité à la Hongrie et à certaines régions du Royaume-Uni. Des cas d'injection de cathinones de synthèse ont été signalés dans la moitié (15) des pays, la substance consommée variant souvent d'un pays à l'autre: méphédronne au Royaume-Uni, alpha-PVP en Finlande, pentédronne en Hongrie et 3-MMC en Slovénie, par exemple. La consommation de cannabinoïdes de synthèse par voie fumée dans les populations marginalisées, y compris chez les sans-abri et les détenus, est un problème émergent qui a été observé dans deux tiers environ des pays européens.

En Europe, rares sont les patients qui entament actuellement un traitement pour des problèmes liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives, mais une sous-déclaration dans ce domaine est probable. En 2015, quelque 3 200 patients, soit moins de 1 % des personnes ayant entamé un traitement spécialisé pour consommation de drogues en Europe, ont déclaré que ces substances leur posaient des problèmes. Au Royaume-Uni, environ 1 500 patients ayant entamé un traitement (soit environ 1 % de tous les patients admis pour un traitement lié à la consommation de drogues) ont indiqué que les cathinones de synthèse étaient les substances qui leur posaient le plus de problèmes. La Hongrie et la Roumanie signalent également un nombre relativement élevé de consommateurs de nouvelles substances psychoactives ayant entamé un traitement pour usage de drogues.

FIGURE 2.10

Estimations nationales du taux de prévalence annuel de l'usage problématique d'opiacés: sélection de tendances et données les plus récentes

Nombre de cas pour 1 000 habitants



Usage problématique d'opiacés: l'héroïne reste la substance prédominante

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.

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. L'existence d'une cohorte vieillissante de consommateurs problématiques d'opiacés, susceptibles d'avoir été pris en charge dans le cadre d'un traitement de substitution, a été observée ces dernières années.

La prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés chez les adultes (de 15 à 64 ans) est estimée à 0,4 % de la population de l'UE, soit l'équivalent de 1,3 million d'usagers problématiques d'opiacés en Europe en 2015. Au niveau national, les estimations de prévalence de l'usage problématique d'opiacés varient de moins d'un cas à plus de huit cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (figure 2.10). Selon les estimations, les trois quarts (76 %) des consommateurs problématiques d'opiacés dans l'Union européenne sont signalés dans cinq pays: Allemagne, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni. Sur les 10 pays pour lesquels il existe de multiples estimations de la consommation problématique d'opiacés entre 2007 et 2015,

l'Espagne affiche une diminution significative sur le plan statistique (figure 2.10).

En 2015, 191 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé en Europe ont déclaré consommer principalement des opiacés et 37 000 d'entre eux étaient des nouveaux patients. 79 % des patients ayant entamé pour la première fois un traitement lié à la consommation d'opiacés ont cité l'héroïne comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes.

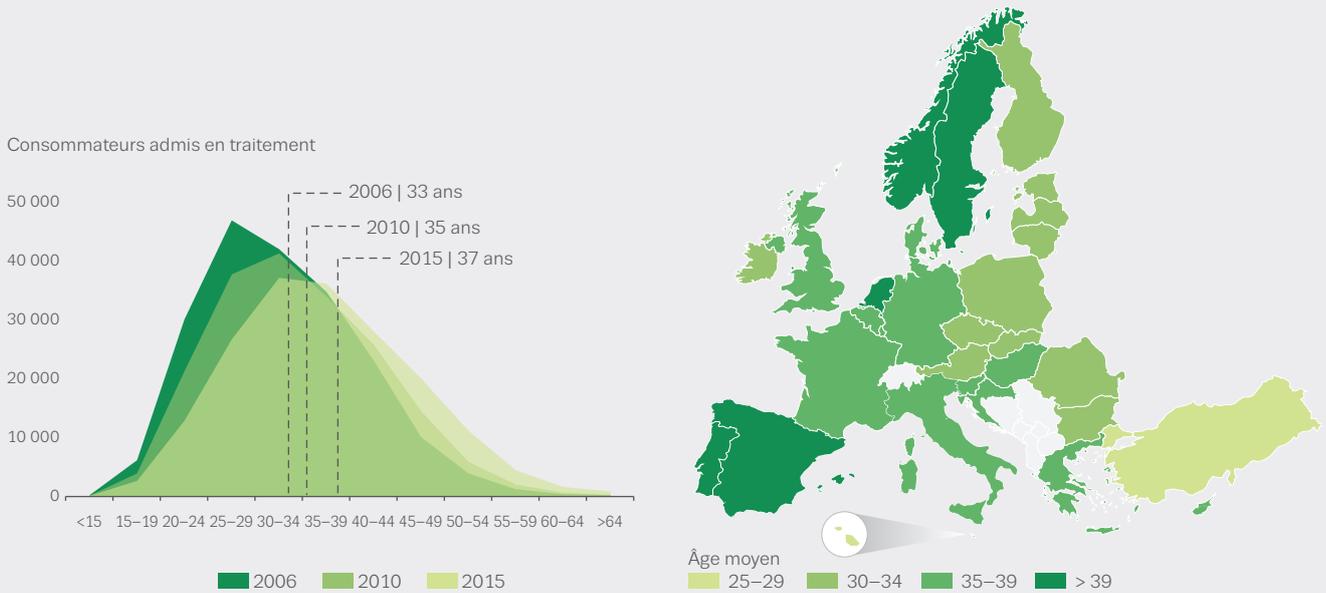
Une population vieillissante de consommateurs d'opiacés

Le nombre de patients ayant entamé pour la première fois un traitement lié à la consommation d'héroïne a diminué de plus de moitié, passant du nombre record de 56 000 observé en 2007 à 23 000 en 2013, avant de remonter à 29 000 en 2015. Si cette augmentation récente peut s'observer dans plusieurs pays, elle doit être interprétée avec prudence, car il est possible que les changements intervenus dans les transmissions de données nationales aient eu des répercussions sur le total de l'UE.

De nombreux consommateurs chroniques d'opiacés en Europe, avec un passé de polyconsommations, ont aujourd'hui la quarantaine ou la cinquantaine. Entre 2006 et 2015, l'âge moyen des patients ayant entamé un traitement pour des problèmes liés à l'usage d'opiacés a augmenté de quatre ans (voir figure 2.11). Au cours de la même période, l'âge moyen des personnes décédées à cause de leur usage

FIGURE 2.11

Évolution au cours du temps de l'âge des consommateurs admis en traitement pour lesquels les opiacés posent le plus de problèmes (à gauche) et âge moyen par pays (à droite)

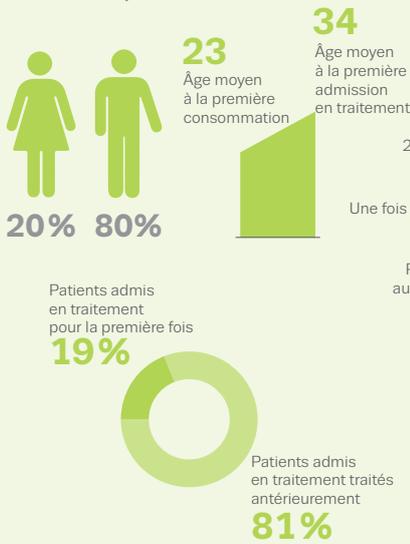


de drogues (décès principalement liés aux opiacés) a augmenté de 5,5 ans. Des facteurs tels qu'une longue durée de consommation de drogues par voie intraveineuse, une mauvaise santé, de mauvaises conditions de vie, le tabagisme et la consommation d'alcool rendent ces usagers vulnérables à divers problèmes de santé chroniques, dont des problèmes cardiovasculaires et pulmonaires. Ces consommateurs d'opiacés déclarent également souffrir de douleurs

chroniques et l'infection au virus de l'hépatite C peut les exposer à un risque accru de cirrhose et d'autres problèmes hépatiques. Les effets de la polyconsommation de drogues, des surdoses et des infections, qui s'accumulent pendant de nombreuses années, accélèrent le vieillissement physique de ces consommateurs, ce qui a des effets considérables sur les traitements, les services d'aide sociale et la prévention des décès liés à l'usage de drogues.

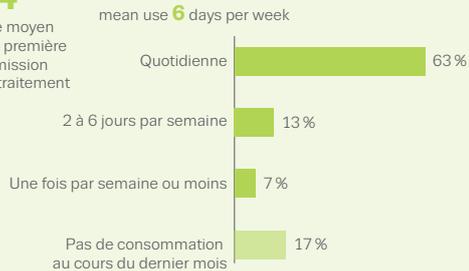
CONSUMMATEURS D'HÉROÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

Caractéristiques

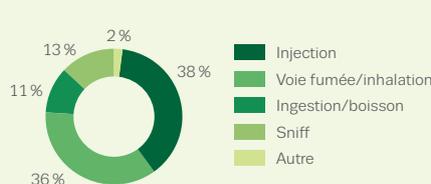


Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

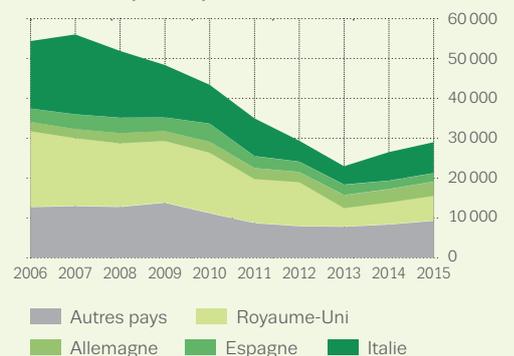
mean use 6 days per week



Voie d'administration



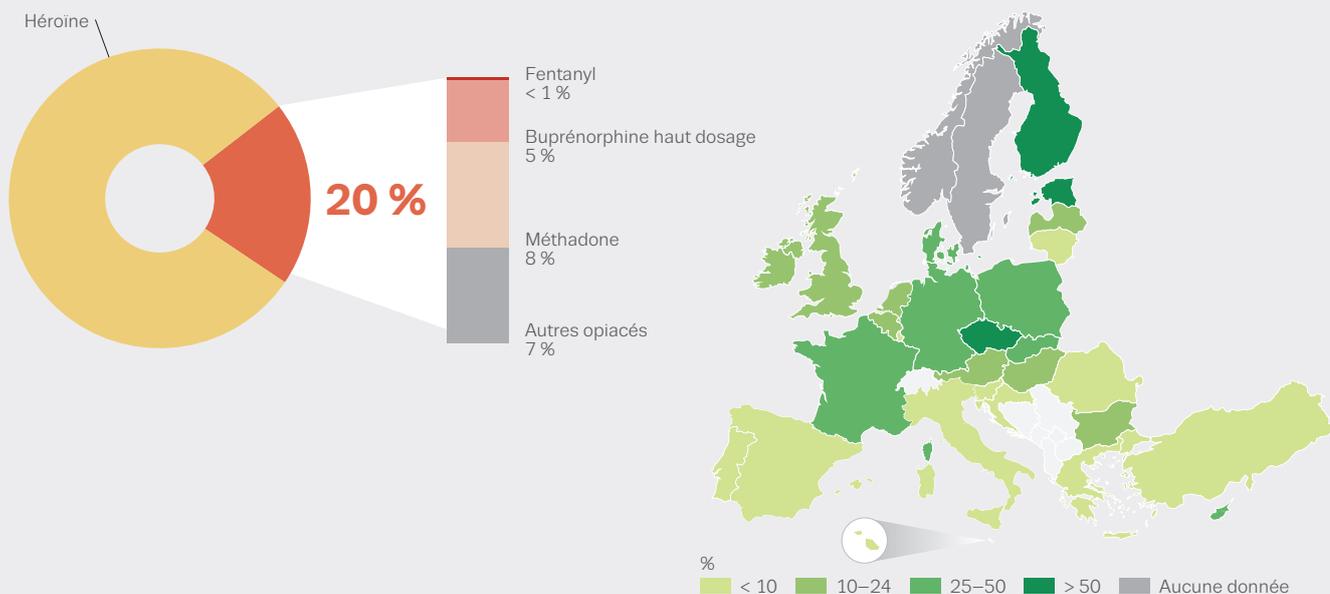
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant l'héroïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 23 pays. Les données depuis 2014 concernant l'Italie ne sont pas comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national.

FIGURE 2.12

Patients admis en traitement citant les opiacés comme drogues posant le plus de problèmes: par type d'opiacés (à gauche) et en pourcentage des patients citant des opiacés autres que l'héroïne (à droite)



Opiacés de synthèse: des substances de plus en plus consommées par les usagers problématiques d'opiacés

Si l'héroïne reste l'opiacé illicite le plus consommé, plusieurs sources indiquent que les opiacés de synthèse légaux (tels que la méthadone, la buprénorphine haut dosage et le fentanyl) sont de plus en plus fréquemment détournés de leur usage initial. En 2015, 17 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 (figure 2.12). 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 les opiacés les plus consommés parmi les patients admis en traitement. En Estonie, la majorité des patients admis en traitement qui citaient un opiacé comme étant la drogue leur posant le plus de problèmes consommaient du fentanyl, tandis qu'en Finlande, la buprénorphine haut dosage était l'opiacé le plus fréquemment détourné de son usage initial. En République tchèque, si l'héroïne est l'opiacé posant le plus de problèmes qui est le plus répandu, d'autres opiacés représentent un peu plus de la moitié des substances en cause chez les patients qui entament un traitement pour des problèmes liés à des opiacés.

La consommation de drogues par voie intraveineuse à son niveau le plus bas chez les nouveaux patients admis en traitement

La consommation de drogues 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.

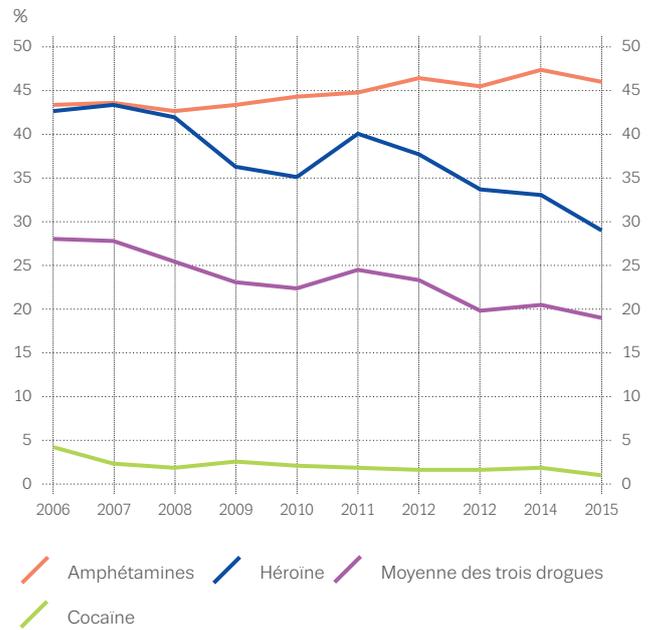
Seuls 12 pays disposent d'estimations de la prévalence de la consommation de drogues par injection depuis 2012 et ces estimations oscillent entre moins d'un cas et neuf cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans.

Parmi les patients qui entamaient pour la première fois un traitement pour usage de drogues en 2015 et citaient l'héroïne comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes, 29 % déclaraient avoir recours à l'injection comme principal mode d'administration, contre 43 % en 2006 (figure 2.13). Dans ce groupe, les niveaux d'injection varient d'un pays à l'autre, allant de 8 % en Espagne à 90 % et plus en Lettonie, en Lituanie et en Roumanie. L'injection est signalée comme principal mode d'administration par 46 % des nouveaux patients qui citaient les amphétamines comme étant les drogues qui leur posaient le plus de problèmes (soit une légère hausse depuis 2006) et par 1 % des patients entamant pour la première fois un traitement pour consommation de cocaïne. 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 diminué pour passer de 28 % en 2006 à 19 % en 2015.

FIGURE 2.13

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 et les usagers de drogues en traitement dans certains pays. Dans une récente étude de l'EMCDDA, 10 pays ont signalé des cas d'injection de cathinones de synthèse (souvent avec d'autres stimulants et du GHB) dans le contexte de soirées sexuelles auxquelles participent de petits groupes d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

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: tendances



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

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

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 opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic 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

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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.

Publications de l'EMCDDA et de l'ESPAD

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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

3

**Des problèmes de santé chroniques
et aigus sont associés à l'usage
de drogues illicites**

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 les propriétés des substances, 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, 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 matière de santé publique. La variation du contenu et de la pureté des substances auxquelles les usagers ont désormais accès augmente les problèmes potentiels; c'est également la raison pour laquelle il est

plus difficile d'apporter des réponses dans le domaine des drogues.

L'élaboration et la mise en œuvre de réponses efficaces qui s'appuient sur des données scientifiquement validées sont des priorités pour les politiques antidrogues européennes et impliquent de recourir à des mesures variées. La prévention et les interventions précoces visent à prévenir l'usage de drogues et les problèmes qui y sont liés, tandis que le traitement, y compris les approches psychosociales et pharmacologiques, constitue la principale réponse à la dépendance. Certaines interventions fondamentales, comme les traitements 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.

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

Les informations concernant les réponses sanitaires et sociales apportées à l'usage de drogues, y compris les stratégies élaborées en la matière et les dépenses publiques connexes, sont fournies à l'EMCDDA par les points focaux nationaux Reitox et par 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 et les rubriques suivantes: Health and social responses et Best practice portal.

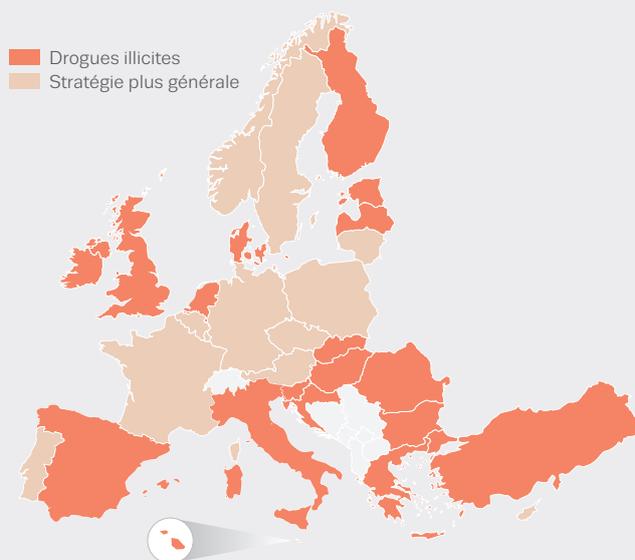
Les maladies infectieuses liées aux drogues et la mortalité et la morbidité associées à l'usage de drogues sont les principaux problèmes de santé suivis de façon systématique par l'EMCDDA. À cela s'ajoutent des données plus limitées sur les passages aux urgences hospitalières pour des problèmes aigus liés aux drogues 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 aux [actions relatives aux nouvelles drogues](#).

Stratégies antidrogues: des réponses coordonnées

Les États membres ont fréquemment recours à des stratégies antidrogues nationales pour planifier et coordonner leurs réponses aux divers défis que présentent les problèmes liés aux drogues pour la santé, la société et la sécurité. Habituellement, ces stratégies prévoient des principes, priorités et objectifs généraux, tout en précisant des mesures spécifiques et les acteurs responsables de leur mise en œuvre. Si, au Danemark, la politique nationale antidrogue recouvre une large gamme de documents stratégiques, d'actes législatifs et d'actions concrètes, tous les autres pays ont adopté un document national fixant leur stratégie antidrogue. Dans 18 pays, la stratégie antidrogue se concentre principalement sur les drogues illicites. Dans les 12 autres pays, les priorités sont plus générales et d'autres substances et conduites addictives font l'objet d'une attention plus grande. Cependant, au Royaume-Uni, les administrations décentralisées du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord ont élaboré des documents stratégiques généraux. Si l'on comptabilise ces deux documents, le nombre total de stratégies générales en matière de drogues illicites passe à 14 (voir figure 3.1). Ces documents généraux traitent principalement des drogues illicites et l'approche retenue pour les autres substances et addictions varie. L'alcool est abordé dans l'ensemble des 14 documents, le tabac dans neuf d'entre eux, les médicaments dans huit, les produits dopants (par exemple, les substances améliorant les performances sportives) dans trois et les conduites addictives (par exemple, les jeux d'argent) dans sept documents. Les stratégies antidrogues nationales reflètent l'approche équilibrée de la stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020) et de ses plans d'action (2013-2016 et 2017-2020), qui placent sur un même pied réduction de la demande et réduction de l'offre de drogues.

FIGURE 3.1

Axe de priorité des documents nationaux de stratégie antidrogue: drogues illicites ou stratégie plus générale



NB: les stratégies plus générales peuvent englober, par exemple, les drogues illicites et d'autres addictions. Si la stratégie du Royaume-Uni est axée sur les drogues illicites, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord ont adopté des documents de stratégie plus généraux qui englobent l'alcool.

L'évaluation d'une stratégie antidrogue nationale est désormais la norme dans les États membres de l'UE. L'objectif consiste habituellement à évaluer le niveau de mise en œuvre de la stratégie et l'évolution dans le temps de l'état général du phénomène de la drogue. En 2016, dix évaluations fondées sur une série de critères, dix examens de l'état d'avancement de la mise en œuvre et quatre évaluations portant sur un thème spécifique ont été signalés comme ayant récemment eu lieu, tandis que six pays ont suivi d'autres approches, par exemple en associant une évaluation au moyen d'indicateurs à des projets de recherche. Étant donné que certains pays élargissent le champ d'action de leur stratégie antidrogue pour y intégrer d'autres substances et conduites addictives, il peut être de plus en plus difficile d'élaborer les méthodes et les indicateurs permettant de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de ces documents stratégiques.

Réponses apportées dans le domaine des drogues: le coût des actions

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, au niveau tant local que national, demeurent néanmoins éparses et hétérogènes. Dans les 23 pays qui ont produit des estimations ces dix dernières années, les dépenses publiques liées aux drogues seraient comprises entre 0,01 % et 0,5 % du produit intérieur brut (PIB).

La part des dépenses visant à réduire la demande dans le budget général des actions antidrogues variait considérablement d'un pays à l'autre, oscillant entre 23 % et 83 % des dépenses publiques liées aux drogues. Bien que ces différences s'expliquent en partie par les divergences des stratégies adoptées et par l'organisation des services publics, le degré d'exhaustivité des estimations a également un effet important. Selon les estimations actuelles, le coût des traitements pour usage de drogues et les autres coûts du secteur de la santé représentent une large part des dépenses axées sur la réduction de la demande. Si le suivi des dépenses liées aux traitements pour usage de drogues est encore le plus fiable à ce jour, des améliorations méthodologiques restent nécessaires.

Les dépenses publiques correspondant aux réponses apportées dans le domaine des drogues ne représentent qu'une part des coûts auxquels la société fait face en matière de drogues illicites. Il faut y ajouter les coûts individuels, tels que les contributions privées aux soins médicaux, et les coûts externes pour la société, tels que les pertes de productivité et les coûts financiers résultant des décès prématurés et des maladies liés à la consommation de drogues. Évaluer ces coûts plus généraux pour la société pourrait permettre de cibler plus efficacement les ressources. Dans les pays européens pour lesquels des informations sont disponibles, le coût social des drogues illicites serait compris entre 0,1 % et 2 % du PIB.

Réduction de la demande: normes européennes

Aux niveaux européen et national, les normes de qualité pour la réduction de la demande de drogues sont de plus en plus reconnues comme un outil servant à mettre en œuvre des interventions fondées sur des données scientifiquement validées. En 2015, le Conseil des ministres de l'UE a adopté 16 normes minimales de qualité pour la réduction de la demande de drogue dans l'Union européenne, que les pays ont été encouragés à intégrer dans leurs politiques antidrogues. Ces normes traduisent diverses aspirations en ce qui concerne la prévention, le traitement, la réduction des risques et la réinsertion sociale. Elles associent la qualité des interventions à des mesures concrètes, dont la formation appropriée du personnel et des prestations fondées sur des données scientifiquement validées, à des principes tels que le respect des besoins individuels et l'éthique. Elles soulignent également la nécessité de faire participer toutes les parties prenantes, y compris la société civile, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions.

Les données collectées par l'EMCDDA révèlent que des normes de qualité existent actuellement dans la plupart des pays européens et qu'elles sont en cours d'élaboration dans d'autres. Les normes de qualité sont utilisées de différentes manières. Certains pays les relient à la prestation des services et y ont recours pour évaluer les services fournis. Leur respect est aussi une condition pour pouvoir participer à des marchés de services et un outil d'auto-évaluation au niveau du service.

Prévention: une approche systémique

La prévention de l'usage de drogues par les jeunes et des problèmes qui en découlent regroupe 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.

**Des normes de qualité
existent actuellement
dans la plupart
des pays européens**

En Europe, les stratégies en matière de prévention varient fortement d'un pays à l'autre: certains pays privilégient des approches environnementales et communautaires plus larges (en réglementant, par exemple, la consommation d'alcool et la vie nocturne), tandis que d'autres appliquent principalement des programmes fondés sur des manuels. Le recours à ces programmes fondés sur des manuels, qui se caractérisent par une définition stricte de leur contenu et de leur mise en œuvre, peut constituer un moyen efficace de toucher de grandes populations avec des interventions fondées sur des données scientifiquement validées. Six États membres ont signalé que de tels programmes représentaient un élément central de leur approche de prévention nationale.

D'autres pays privilégient une approche systémique plus générale pour leurs interventions en matière de prévention, en mettant l'accent non seulement sur les programmes individuels, mais aussi sur des facteurs tels que les mécanismes de prestation, l'interaction entre les interventions et le contexte social et politique. Citons notamment l'initiative *Communities That Care*, actuellement mise en œuvre dans cinq pays de l'UE. Cette initiative, née aux États-Unis, part de l'hypothèse qu'une réduction de la prévalence des problèmes de santé et de comportement chez les jeunes est possible si l'on recense les facteurs de risque et de protection et que l'on sélectionne les programmes d'intervention précoce qui sont efficaces pour répondre à ces problèmes. Selon une récente analyse des approches systémiques, si des études menées aux États-Unis ont mis en exergue l'efficacité de l'initiative *Communities That Care* en tant qu'initiative de prévention, celle-ci doit encore être évaluée dans le contexte européen.

Des approches fondées sur la vulnérabilité et le risque

Des réponses de prévention sélectives ciblant les groupes vulnérables sont mises en œuvre dans les pays européens, qui fondent leurs interventions à la fois sur les comportements personnels et sur les contextes sociaux. Au niveau local, de telles approches, fréquentes dans les pays nordiques et en Irlande, ainsi que dans certaines régions d'Espagne et d'Italie, peuvent faire intervenir une multitude de services et de parties prenantes (opérant par exemple dans les domaines sociaux et familiaux ainsi qu'au niveau des jeunes et des services de police). Les groupes les plus fréquemment ciblés sont les jeunes auteurs de délits, les élèves rencontrant des problèmes scolaires et sociaux et les jeunes placés dans des centres fermés. Le contenu concret de ces stratégies de prévention est peu documenté et leur évaluation est limitée. Toutefois, selon les experts, les techniques de prévention sélectives les plus utilisées reposent sur la communication d'informations.

Des approches de prévention ciblant les quartiers à haut risque sont mises en œuvre dans certains pays, qui appliquent de nouvelles méthodes telles que le réaménagement des espaces urbains et la cartographie des risques afin de mieux définir les priorités des interventions. Ces types d'interventions se concentrent principalement dans le Nord et l'Ouest de l'Europe (voir figure 3.2) et des approches dont l'efficacité (sur le plan normatif et environnemental) a été prouvée sont adoptées dans un peu plus d'un quart des pays.

La prévention indiquée, qui cible les personnes à risque, est limitée en Europe; en effet, seuls quatre pays déclarent que des programmes de ce type sont disponibles pour la majorité des individus en ayant besoin.

Interventions brèves

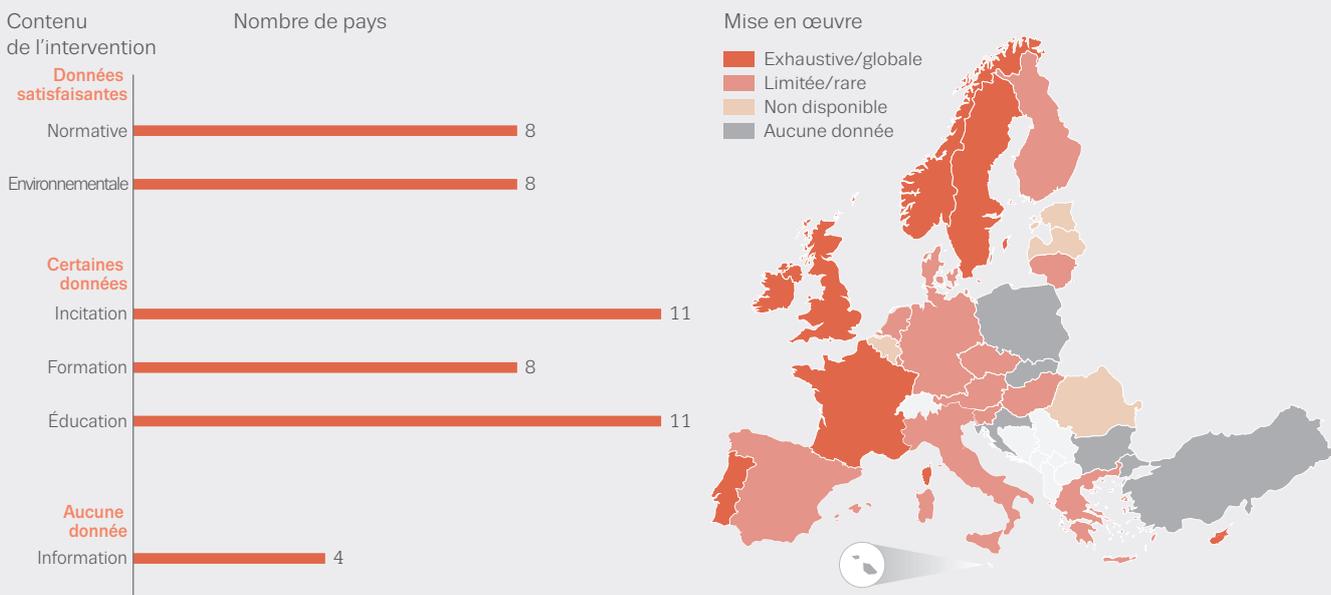
Les interventions brèves visent à prévenir ou à retarder l'usage de substances, à réduire son intensité ou à prévenir l'escalade vers une consommation problématique. Ces interventions à durée limitée, à mi-chemin entre la prévention et le traitement, ciblent généralement les jeunes ou les personnes pour lesquelles l'usage de substances peut poser problème. Intégrant souvent des éléments d'entretien motivationnel, elles peuvent être réalisées par divers professionnels des secteurs sanitaire et social, comme des médecins généralistes, des moniteurs, des animateurs socio-éducatifs et des policiers.

Selon les données actuellement disponibles, les interventions brèves ne sont pas encore très répandues en Europe, avec trois pays signalant une offre complète et exhaustive de ces interventions en milieu scolaire et deux pays dans les structures à bas seuil d'exigences.

Les interventions brèves, caractérisées par un coût relativement peu élevé, peuvent être mises en œuvre dans diverses structures par différents professionnels après une formation de courte durée. Citons par exemple, dans plusieurs pays, le projet eSBIRT, qui prévoit ce genre d'intervention dans les services d'urgence (Belgique), et le projet Fred, qui cible les jeunes à un stade initial des procédures pénales (Allemagne, Chypre, Pologne, Roumanie et Slovaquie). Cependant, selon une étude récente de l'EMCDDA, si des éléments démontrent l'efficacité des interventions brèves, les recherches en la matière sont encore incomplètes et il est nécessaire d'obtenir des données supplémentaires pour en mesurer la mise en œuvre.

FIGURE 3.2

Interventions de prévention ciblant les quartiers à haut risque dans les pays européens: qualification des données et niveau de mise en œuvre



NB: sur la base d'évaluations d'experts.

Orientation des consommateurs de drogues et durée des traitements

Le traitement pour usage de drogues représente l'intervention principale pour les personnes qui ont une consommation problématique, notamment une dépendance. Garantir un accès aisé aux services de traitement adéquats est un objectif stratégique essentiel. Il est important de suivre les résultats des traitements pour améliorer le parcours de soins entamé par les patients et pour mieux adapter les services aux besoins recensés.

L'auto-orientation reste la voie la plus empruntée par les patients. Ce type d'orientation, qui englobe aussi l'orientation par des membres de la famille ou des amis, concerne environ la moitié des patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe en 2015. Vient ensuite l'orientation par les services de santé et les services sociaux (25 % des patients) et par le système pénal (15 % des patients). Plusieurs pays ont mis en place des dispositifs afin d'écarter du système pénal les auteurs de délits liés aux drogues pour 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. Dans certains pays, ces personnes peuvent également être réorientées à un stade plus précoce de la procédure pénale. En 2015, les consommateurs de cannabis étaient les plus susceptibles d'avoir été orientés vers un programme de traitement par le système pénal et, en

Hongrie, quelque 80 % des admissions en traitement pour usage de cannabis provenaient de cette source.

Le parcours suivi par les patients ayant entamé un traitement se caractérise souvent par l'intervention de différents services, par des admissions multiples et par des durées de traitement variables. Les résultats d'une analyse des données de 2015 relatives aux traitements spécialisés de sept pays européens permettent de mieux comprendre ce parcours. Parmi les 400 000 patients admis en traitement dans ces pays au cours de l'année concernée, un peu moins de 20 % avaient entamé un traitement pour la première fois de leur vie, environ 30 % avaient entamé un nouveau traitement après avoir suivi un traitement lors d'une année antérieure et environ 50 % suivaient un traitement continu depuis plus d'un an. La plupart des patients en traitement continu étaient des hommes approchant de la quarantaine qui avaient entamé leur traitement plus de trois ans auparavant pour des problèmes liés à l'usage d'opiacés, en particulier d'héroïne.

Traitements liés à la consommation de cannabis: des approches multiples

La consommation régulière et chronique de cannabis est associée à un risque accru de problèmes de santé physique et mentale, dont la dépendance. Si de nombreux pays proposent des traitements destinés aux consommateurs problématiques de cannabis dans le cadre des programmes traitant de manière générale la consommation de substances, près de la moitié d'entre eux ont mis en place des possibilités de traitement spécifiquement liées au cannabis. Les services proposés aux consommateurs de cannabis sont variés, allant d'interventions brèves assurées en ligne à un suivi thérapeutique à plus long terme dans des centres spécialisés. Bien que la plupart des traitements proposés à cette catégorie d'utilisateurs se concentrent dans des structures résidentielles ou ambulatoires, quelque 20 % des patients ayant entamé un traitement spécialisé en milieu résidentiel ont déclaré que le cannabis était la substance qui leur posait le plus de problèmes.

Le traitement pour la consommation problématique de cannabis repose essentiellement sur des approches psychosociales; des interventions en milieu familial sont souvent de mise pour les adolescents et, chez les adultes, les interventions comportementales et cognitives sont privilégiées. Les données disponibles démontrent l'efficacité des approches associant thérapie cognitive et comportementale, entretiens motivationnels et gestion des contingences. En outre, certaines données scientifiquement validées plaident en faveur du recours à la thérapie familiale multidimensionnelle pour les jeunes consommateurs de cannabis. Les interventions assurées via Internet et les interventions fondées sur les technologies numériques sont de plus en plus répandues pour sensibiliser les consommateurs de cannabis et les résultats préliminaires des études mesurant les effets de ce type d'interventions sont prometteurs lorsqu'il s'agit de réduire les niveaux de consommation et de faciliter l'admission à un traitement en personne (le cas échéant).

Le recours à des interventions pharmacologiques pour traiter les problèmes liés au cannabis est examiné dans le cadre de plusieurs études. Il s'agit notamment d'évaluer la possibilité de prescrire du THC (et du THC de synthèse), associé à d'autres médicaments psychoactifs, dont des antidépresseurs, des anxiolytiques et des thymorégulateurs. Les résultats obtenus à ce jour ne sont pas concordants et aucune approche pharmacologique efficace pour traiter la dépendance au cannabis n'a été identifiée.

Traitements liés à l'usage de drogues: les structures résidentielles sont privilégiées

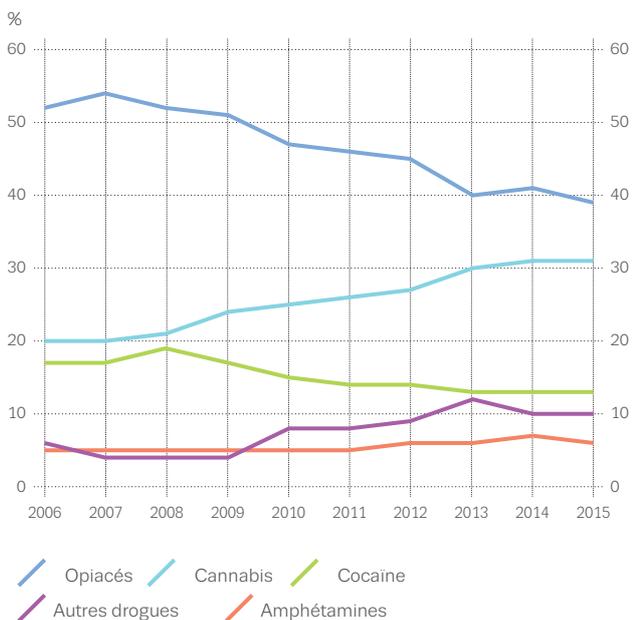
Selon les estimations, 1,4 million de personnes ont bénéficié d'un traitement pour usage de drogues illicites dans l'Union européenne en 2015 (1,6 million avec la Norvège et la Turquie). Les usagers d'opiacés représentent le plus large groupe de patients suivant un traitement spécialisé et concentrent 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 3.3), 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 plus de 90 % des patients admis en traitement en Estonie et moins de 5 % en Hongrie.

En Europe, la majorité 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 nombre d'utilisateurs de drogues traités (figure 3.4), suivis des centres de soins de santé généraux. 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 par exemple, les centres de santé mentale peuvent jouer un rôle essentiel dans l'offre de traitements ambulatoires.

**Les services proposés
aux consommateurs
de cannabis sont variés**

FIGURE 3.3

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



Un pourcentage moindre des traitements en Europe 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 nationaux varie considérablement d'un pays à l'autre.

Par ailleurs, des actions de traitement très diverses sont de plus en plus assurées en ligne. Les interventions via Internet peuvent 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 de soins spécialisés.

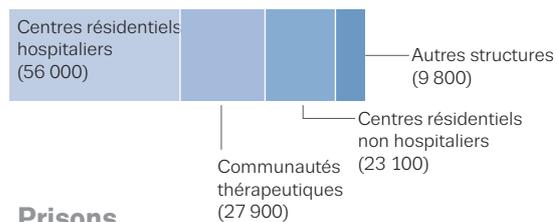
FIGURE 3.4

Nombre de patients suivant un traitement pour usage de drogues en Europe en 2015, par structure

Traitement ambulatoire



Traitement en milieu résidentiel



Prisons

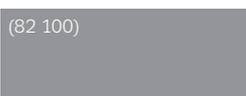
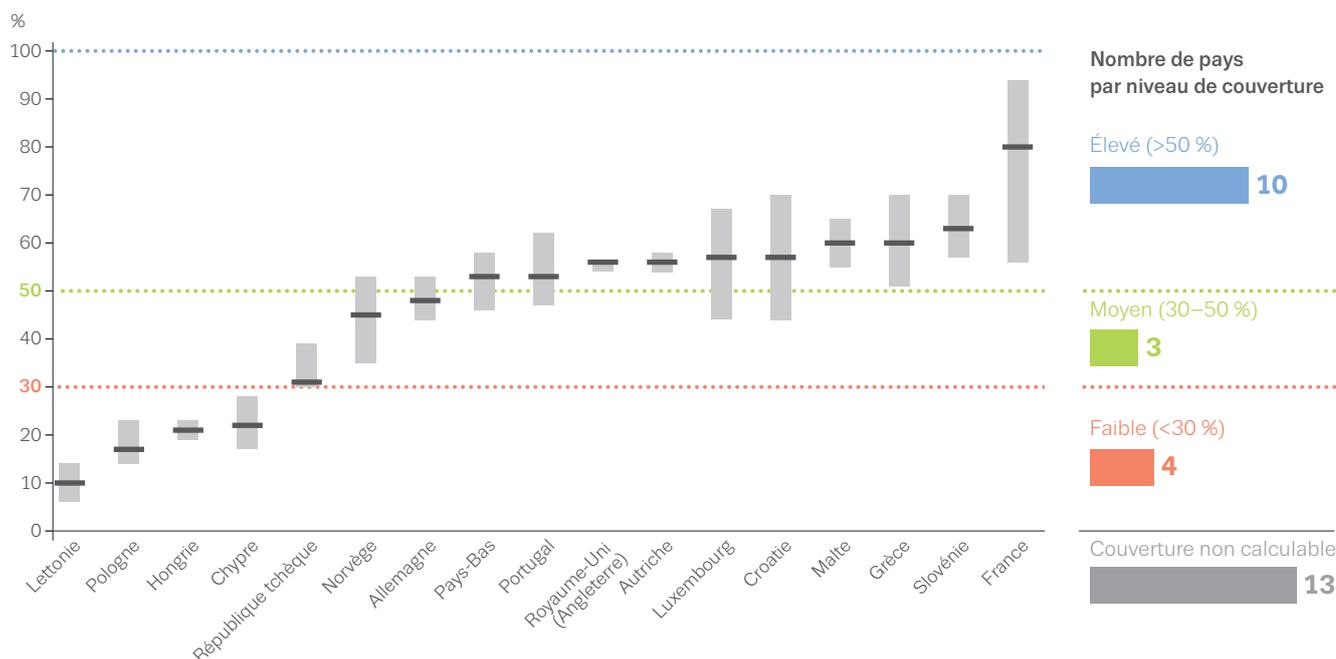


FIGURE 3.5

Couverture du traitement de substitution aux opiacés [pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés suivant un traitement de substitution (estimation)]



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

Traitement de substitution pour les problèmes de consommation d'opiacés

Un traitement de substitution, généralement combiné à des interventions psychosociales, est le traitement le plus courant pour la dépendance aux opiacés. Les données scientifiquement validées disponibles confirment cette approche combinée, qui permet de maintenir les patients en traitement et de réduire la consommation d'opiacés illicites, les comportements à risque signalés, ainsi que les risques et la mortalité liés aux drogues.

D'après les estimations, 630 000 consommateurs d'opiacés ont reçu un traitement de substitution dans l'Union européenne en 2015 (650 000 en incluant la Norvège et la Turquie). Le nombre de patients a d'abord connu une augmentation et a atteint un niveau record en 2010, avant de reculer de 6 % jusqu'en 2015. Entre 2010 et 2015, des diminutions ont été observées dans 12 pays, les plus fortes (de plus de 25 %) étant signalées par l'Espagne, la Hongrie, les Pays-Bas et le Portugal. Ce déclin peut s'expliquer par des facteurs liés à la demande ou à l'offre, tels que la baisse de la population des consommateurs chroniques et vieillissants d'opiacés ou l'évolution des objectifs de certains pays en matière de traitement. D'autres pays ont continué d'élargir leur offre, car ils visent à améliorer leur couverture thérapeutique: 12 pays ont ainsi signalé des augmentations entre 2010 et 2015, parmi lesquels figurent la Lettonie (157 %), la Finlande (67 %) et la Grèce (61 %).

Les données les plus récentes (2014-2015) confirment ces deux tendances, une augmentation du nombre total de patients admis en traitement de substitution étant signalée dans 12 pays et une diminution de ce nombre étant notifiée dans neuf pays.

Une comparaison avec les estimations actuelles du nombre d'usagers problématiques d'opiacés en Europe semble indiquer que la moitié de ces consommateurs reçoivent un traitement de substitution, mais il existe des différences entre les pays (figure 3.5). Pour des raisons méthodologiques, il convient toutefois d'interpréter ces chiffres avec prudence.

Deux tiers environ (63 %) des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone, qui est le produit de substitution aux opiacés le plus couramment prescrit, les traitements à base de buprénorphine haut dosage étant administrés à 35 % des patients. Cette dernière substance constitue le principal médicament de substitution dans huit pays (figure 3.6). D'autres substances, telles que la morphine à libération lente ou la diacétylmorphine (héroïne), sont prescrites plus rarement et seraient reçues par 2 % des patients au titre de traitement de substitution en Europe.

La méthadone est le produit de substitution aux opiacés le plus couramment prescrit

FIGURE 3.6

Principal médicament de substitution aux opiacés prescrit

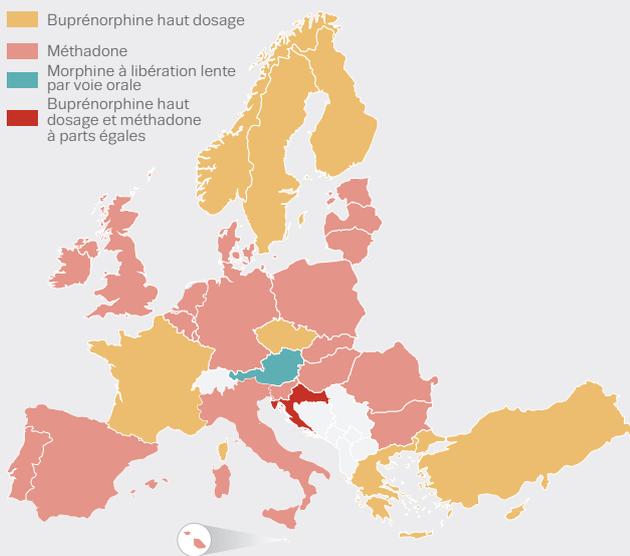
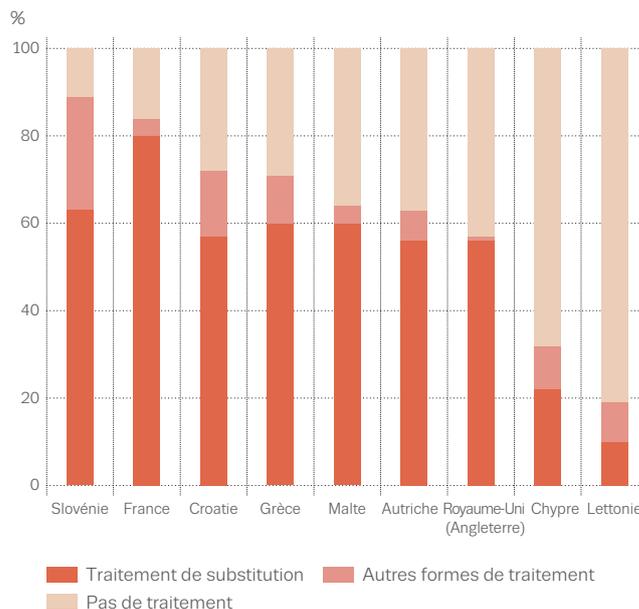


FIGURE 3.7

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



Quoique moins répandues que les traitements de substitution, d’autres options sont proposées aux consommateurs d’opiacés dans tous les pays européens. Dans les neuf pays pour lesquels des données sont disponibles, entre 1 % et 26 % de l’ensemble des consommateurs d’opiacés en traitement bénéficient d’interventions ne faisant pas intervenir de produits de substitution (figure 3.7).

Prisons: faible disponibilité du traitement contre l’hépatite C

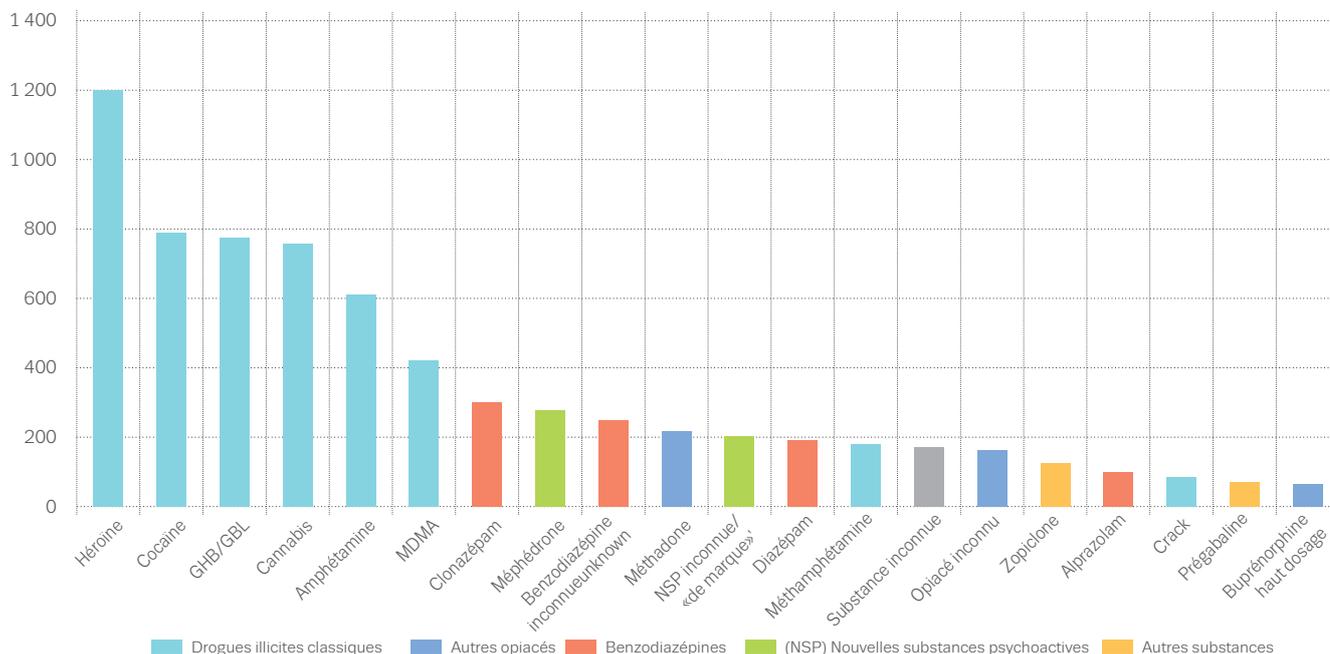
Les détenus présentant des taux plus élevés d’expérimentation et des modes de consommation davantage à risque (consommation par voie intraveineuse par exemple) qu’en population générale, les prisons constituent un cadre important concernant les interventions liées à la consommation de drogues. De nombreux détenus requièrent une prise en charge complexe et l’évaluation de l’usage et des problèmes liés aux drogues est une composante essentielle du bilan de santé réalisé lors de l’incarcération dans de nombreux pays.

Une offre de traitement identique à celle proposée en milieu ouvert et la continuité des soins après la sortie de prison constituent deux principes importants pour la mise en œuvre des interventions de santé en prison. Sur les 30 pays analysés par l’EMCDDA, 28 ont signalé la disponibilité de traitements de substitution aux opiacés dans les prisons. La plupart des pays proposent des cures de désintoxication, des thérapies individuelles et de groupe, des communautés thérapeutiques ou encore des quartiers d’hébergement spécialisés. De nombreux pays européens ont établi des partenariats entre les services sanitaires des prisons et des prestataires actifs au sein de la communauté, afin de faciliter les actions d’éducation sanitaire et le traitement en prison et d’assurer la continuité du traitement lors de l’incarcération comme de la sortie de prison.

FIGURE 3.8

Les vingt drogues les plus consommées dans le cadre de passages aux urgences dans des hôpitaux sentinelles en 2015

Identification de drogue



NB: résultats issus de 5 054 passages aux urgences dans 15 hôpitaux sentinelles dans neuf pays européens.
Source: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Le dépistage des maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC) est assuré dans les prisons de la plupart des pays, même si le traitement contre l'hépatite C est rarement disponible. Seize pays ont signalé qu'ils disposaient de programmes de vaccination contre l'hépatite B. La distribution de matériel d'injection stérile est moins répandue, seuls quatre pays faisant état de l'existence de programmes d'échange de seringues en prisons.

La préparation à la sortie de prison, y compris la réinsertion sociale, existe dans la plupart des pays. Des programmes de prévention des surdoses, dont le risque est particulièrement élevé chez les consommateurs d'opiacés par injection après leur libération, sont signalés dans cinq pays; ceux-ci sont notamment axés sur la formation et l'information et sur la mise à disposition de naloxone à la sortie de prison.

Urgences hospitalières: de nombreuses substances en cause

Les données émanant des urgences hospitalières peuvent livrer des enseignements sur les problèmes aigus liés aux drogues. *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN

Plus – le Réseau européen des urgences liées aux drogues), qui recense les passages aux urgences pour des problèmes liés aux drogues dans 15 hôpitaux «sentinelles» de neuf pays européens, fournit des informations à ce sujet. Sur les 5 054 passages aux urgences enregistrés par le projet en 2015, l'âge médian des personnes concernées était de 31 ans et les hommes (77 %) étaient à l'origine de la majeure partie des visites.

En moyenne, chaque passage aux urgences impliquait 1,5 substance psychoactive (pour un total de 7 768 identifications) (voir figure 3.8). Près de deux tiers des passages aux urgences (65 %) concernaient l'usage de drogues traditionnelles, essentiellement héroïne, cocaïne, cannabis, GHB/GBL, amphétamine et MDMA/ecstasy; un quart (24 %) concernait des médicaments délivrés sur ordonnance ou en vente libre qui avaient été détournés de leur usage (le plus souvent des opiacés et des benzodiazépines); et 9 % de ces passages étaient dus à de nouvelles substances psychoactives (contre 6 % en 2014). La moitié des passages aux urgences pour des problèmes liés aux nouvelles substances psychoactives concernaient une cathinone de synthèse et 14 % un cannabinoïde de synthèse. Les drogues à l'origine des passages aux urgences différaient selon les hôpitaux, reflétant ainsi les habitudes locales de consommation. Par exemple, les situations d'urgence liées à l'héroïne étaient les plus courantes à Dublin (Irlande) et à Oslo (Norvège), tandis que les passages aux urgences pour des problèmes liés au GHB/à la GBL, à la cocaïne et à la MDMA/ecstasy prédominaient à Londres (Royaume-Uni).

De nombreux détenus ont des besoins sanitaires complexes

La majorité (80 %) des personnes admises pour une intoxication aiguë liée aux drogues ont pu quitter l'hôpital dans les 12 heures, une petite minorité (6 %) de patients ont développé une intoxication grave, nécessitant une admission en soins intensifs, et 4 % ont été placés en unité psychiatrique. Environ la moitié (9) des 17 décès enregistrés étaient liés aux opiacés.

Rares sont les pays dans lesquels existent des systèmes d'observation qui permettent d'analyser au niveau national les tendances dans le domaine des intoxications aiguës liées aux drogues. Parmi ces pays, les situations d'urgence liées à des problèmes aigus d'héroïne sont en hausse au Royaume-Uni, mais leur nombre continue de diminuer en République tchèque et au Danemark, où les situations d'urgence liées à la méthadone sont en augmentation. En Lituanie, les situations d'urgence liées aux opiacés ont presque doublé entre 2013 et 2015. En Espagne, la cocaïne est à l'origine d'environ la moitié des situations d'urgence déclarées en rapport avec la consommation de drogues et cette tendance se stabilise après un déclin, tandis que les situations d'urgence liées au cannabis continuent d'augmenter. La Slovénie signale également une tendance à la hausse en ce qui concerne les situations d'urgence liées au cannabis. Aux Pays-Bas, la moitié (51 %) des passages dans les postes de secours présents sur les sites de festivals concernaient la MDMA/ecstasy et ce taux est en diminution. En République tchèque, les situations d'urgence liées à la méthamphétamine enregistrées par les centres sentinelles ont augmenté de plus de 50 % entre 2014 et 2015.

Nouvelles drogues: teneur en principe actif élevée et risques graves

Les nouvelles substances psychoactives, dont les nouveaux opiacés de synthèse, cannabinoïdes de synthèse et cathinones de synthèse, sont associées à divers risques graves en Europe.

Quoique peu répandus sur le marché européen des drogues, les fentanyl, des opiacés dont la teneur en principe actif est exceptionnellement élevée, représentent une grave menace pour la santé individuelle comme pour la santé publique en général. D'une part, ils sont associés à un risque accru d'intoxication grave et mortelle – prenant souvent la forme d'une épidémie – chez les usagers, car les fentanyl provoquent une dépression respiratoire rapide et sévère. D'autre part, ils sont associés à un risque accru d'intoxication en cas d'exposition accidentelle: les membres de la famille et les proches des usagers, ainsi que les agents des services répressifs, les acteurs des autres services d'urgence, le personnel médical et les laborantins peuvent être exposés à ce risque. L'utilisation d'équipements de

protection permettant de réduire les risques liés à une exposition accidentelle peut être nécessaire dans certaines structures, comme par exemple les installations douanières aux frontières de l'Europe, où les agents peuvent saisir et manipuler de la poudre de fentanyl en vrac. De plus, on a pu constater que des fentanyl ont été vendus auprès d'usagers peu méfiants sous l'apparence de drogues illicites classiques ou comme faux analgésiques, accroissant ainsi le risque d'intoxication grave et mortelle chez certains groupes d'usagers. Dans ces circonstances, une évaluation de la disponibilité de la naloxone comme antidote pourrait se révéler nécessaire. Outre les risques élevés de surdose, les fentanyl ont également des effets importants en matière d'addiction et de dépendance, ce qui pourrait aggraver les problèmes de santé publique et les problèmes sociaux couramment associés à la consommation problématique d'opiacés.

En 2016, l'EMCDDA et Europol ont lancé des investigations spécifiques sur l'acryloylfentanyl et le furanylfentanyl, ces substances ayant été signalées par le système d'alerte précoce de l'UE. Plus de 50 décès ont été signalés et nombre d'entre eux ont été attribués directement à ces substances. De plus, l'EMCDDA a également diffusé cinq alertes auprès de son réseau en Europe pour ces substances et d'autres nouveaux fentanyl.

Les nouvelles substances psychoactives sont associées à divers risques graves en Europe



Les cannabinoïdes de synthèse constituent un autre groupe de nouvelles substances qui a continué de poser des problèmes en 2016. L'EMCDDA a diffusé des alertes portant sur trois substances (MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA et 5F-MDMB-PINACA) après que 45 effets indésirables graves, dont 18 décès et 27 intoxications non mortelles, ont été signalés. L'EMCDDA a également lancé une procédure qui a débouché sur une évaluation des risques liés au MDMB-CHMICA, dont l'aboutissement a été l'assujettissement de cette substance à des mesures de contrôle dans toute l'Europe (voir encadré).

Nouvelles drogues: améliorer les compétences des acteurs chargés de répondre à ce phénomène

Les risques liés aux nouvelles drogues constituent de nouveaux défis pour les intervenants de première ligne. Selon une analyse récente de l'EMCDDA, les professionnels européens du secteur de santé dans différentes structures (traitement, prévention et réduction des risques) se fondent principalement sur l'expérience professionnelle acquise dans la lutte contre les drogues illicites classiques et sur les interventions menées dans ce contexte, au rang desquelles figurent la diffusion de matériel pédagogique, la distribution d'équipement d'injection stérile ou la gestion des symptômes dans les situations d'urgence aiguë. Souvent, les interventions fondées sur des données scientifiquement validées peuvent être adaptées pour répondre à des intoxications spécifiques, aux caractéristiques socioculturelles des groupes à risque (par exemple, les personnes qui participent à des fêtes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes) ou à des comportements à risque particuliers (par exemple, un accès aux seringues facilité pour satisfaire une fréquence d'injection élevée) associés aux nouvelles substances psychoactives. L'analyse de l'EMCDDA a également mis en lumière la nécessité de former et conseiller les professionnels et d'améliorer leurs compétences pour leur permettre d'aborder au mieux les nouvelles drogues.

La mise en place d'interventions ciblant des populations marginalisées de consommateurs de drogues pour lesquels les nouvelles substances psychoactives sont particulièrement problématiques, comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les sans-abri et les détenus, représente un défi spécifique. Dans certains pays, l'augmentation de la consommation de cannabinoïdes de synthèse chez les détenus suscite des préoccupations au regard des répercussions sur la santé mentale, de la sévérité du syndrome de sevrage et des niveaux croissants de violence associée à cette consommation. Afin de pouvoir lutter efficacement contre les problèmes de santé liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives en Europe, il semble nécessaire de prévoir des réponses pluridisciplinaires et de faire collaborer une large gamme de

Évaluation des risques liés au MDMB-CHMICA

En juillet 2016, le MDMB-CHMICA est devenu le premier cannabinoïde de synthèse à faire l'objet d'une évaluation des risques par l'EMCDDA. Cette substance a été signalée via le système d'alerte précoce de l'UE pour la première fois en 2014 par la Hongrie, avant d'être détectée dans 23 États membres de l'UE, en Turquie et en Norvège. Elle a été impliquée dans plus de 20 intoxications graves et 28 décès.

Le MDMB-CHMICA en poudre est produit en vrac en Chine puis importé en Europe, où il est transformé et conditionné sous la forme de «mélange d'herbes à fumer». De nombreux effets indésirables causés par le MDMB-CHMICA et d'autres cannabinoïdes de synthèse seraient liés à la teneur en principe actif élevée de ces substances et à de mauvaises pratiques de fabrication. En effet, il semble que les producteurs procèdent par approximation pour déterminer les quantités de substance à intégrer lors de la fabrication des «mélanges à fumer». En outre, comme des techniques de fabrication rudimentaires sont employées, il se peut que la substance ne soit pas répartie uniformément dans le produit. Dès lors, certains échantillons peuvent contenir des quantités élevées de substance, ce qui entraîne des doses élevées et un risque accru d'intoxication grave et de décès.

prestataires de soins de santé dans diverses structures d'intervention (par exemple, les services de santé sexuelle, les centres de détention et les centres de traitement des usagers de drogues).

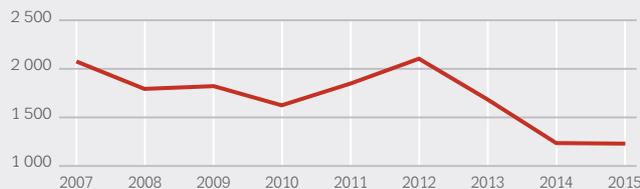
Problèmes chroniques liés aux drogues: déclin du VIH, mais apparition d'épidémies localisées

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 drogues 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). En 2015, 1 233 nouveaux cas de VIH diagnostiqués imputables à l'usage de drogues par injection ont été notifiés dans l'Union européenne (figure 3.9), ce qui représente 5 % des diagnostics pour lesquels la voie de transmission est connue. Cette proportion est demeurée faible et stable au cours de la dernière décennie. Le nombre de nouveaux cas de VIH chez les usagers par injection a diminué dans la plupart des pays européens, reculant dans l'ensemble de 41 % entre 2007 et 2015. Cependant, la consommation de

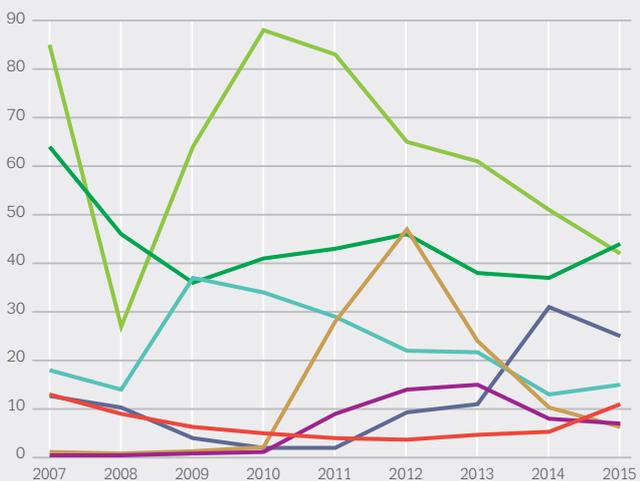
FIGURE 3.9

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

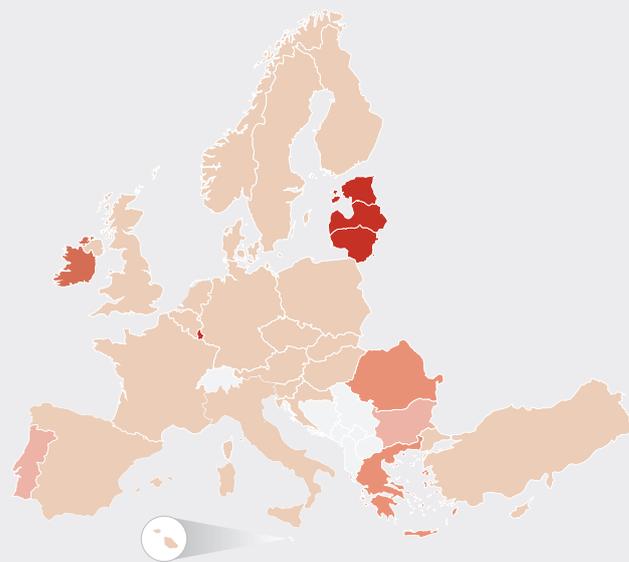
Nombre de cas dans l'Union européenne



Nombre de cas par million d'habitants



— Lettonie — Estonie — Luxembourg — Lituanie
— Irlande — Roumanie — Grèce



Nombre de cas par million d'habitants

- <3
- 3,1-6
- 6,1-9
- 9,1-12
- >12

NB: données pour 2015 (source: ECDC).

drogues par injection reste un mode de transmission significatif dans certains pays: en 2015, un quart ou davantage des nouveaux cas de VIH diagnostiqués ont été imputés à ce type de consommation en Lituanie (34 %), en Lettonie (32 %), au Luxembourg (27 %) et en Estonie (25 %).

Si la majorité des pays ont signalé une diminution des cas de VIH liés à l'injection entre 2014 et 2015, l'Allemagne, l'Irlande et le Royaume-Uni ont enregistré des retours aux niveaux observés sept ou huit ans auparavant. En Irlande et au Royaume-Uni, cette tendance s'explique en partie par des épidémies localisées de nouvelles infections par le VIH chez les consommateurs de drogues par injection. Le Luxembourg a également signalé une épidémie en 2014. L'augmentation de l'injection de stimulants et des niveaux élevés de marginalisation des usagers ont été des facteurs communs à l'origine de ces épidémies. En outre, l'injection de stimulants dans un contexte sexuel (le «slam») dans de petits groupes d'hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes a été associée à un risque accru de transmission de l'infection.

En 2015, 14 % des nouveaux cas de sida signalés dans l'Union européenne pour lesquels la voie de transmission était connue ont été imputés à l'usage de drogues par injection. Les 479 nouveaux cas notifiés liés à l'injection représentent un peu plus d'un quart du nombre enregistré il y a une

décennie. Ces cas ont pour une grande part été signalés en Grèce, en Lettonie et en Roumanie, où il apparaît nécessaire de renforcer le dépistage et le traitement du VIH.

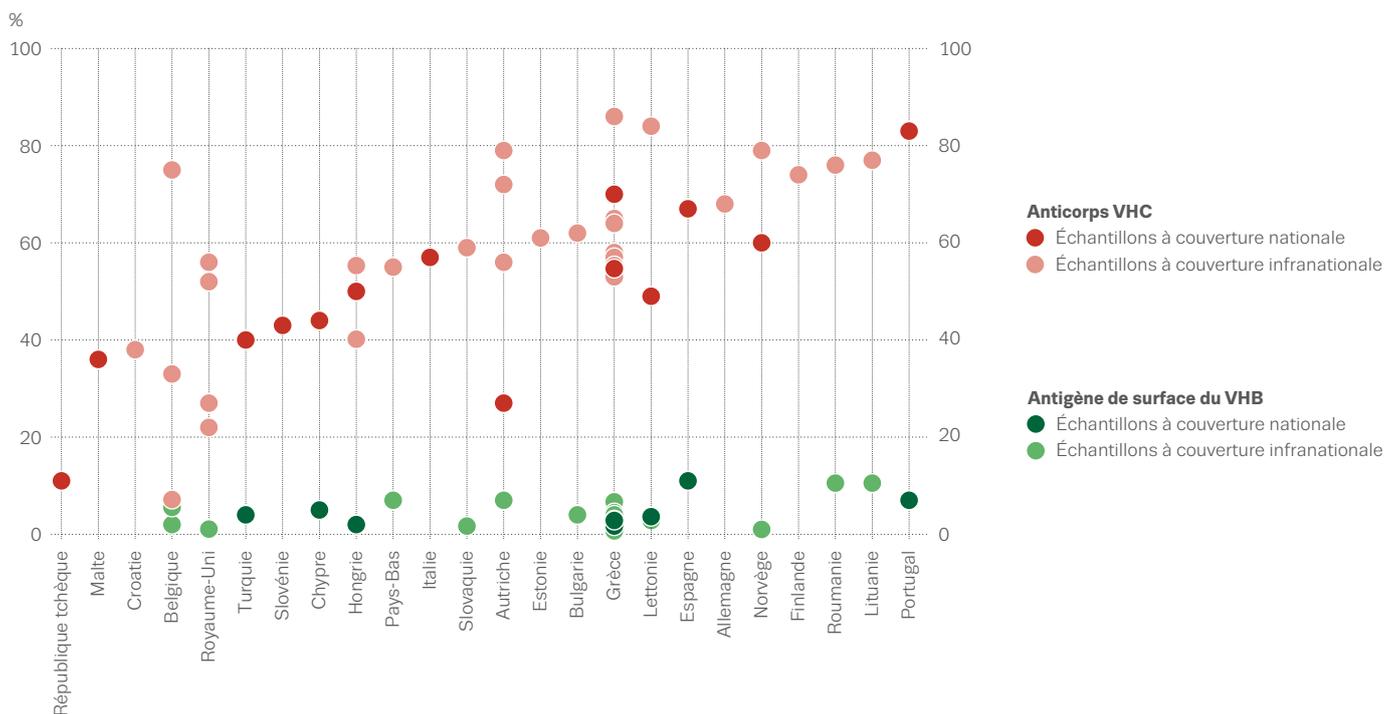
Prévalence du VHC: variations nationales

L'hépatite virale, et plus particulièrement l'infection causée par le virus de l'hépatite C (VHC), est extrêmement répandue chez les usagers de drogues par injection en Europe. Entre 75 et 80 % des personnes infectées par le VHC (chez qui des anticorps anti-VHC ont été détectés) développeront une infection chronique. Cette situation a des conséquences graves à long terme, car l'infection chronique par le VHC, souvent aggravée par une forte consommation d'alcool, engendre une hausse du nombre de décès et de cas de maladies hépatiques graves, notamment de cirrhose et de cancer, au sein d'une population vieillissante d'usagers problématiques de drogues.

Le nombre de nouveaux cas de VIH chez les consommateurs de drogues par injection a diminué

FIGURE 3.10

Prévalence d'anticorps anti-VHC et de l'antigène de surface du VHB chez les usagers de drogues par injection en 2014 et 2015



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 2014-2015 oscillait de 16 à 84 %; cinq pays sur les 13 à disposer de données nationales faisant état de taux supérieurs à 50 % (figure 3.10). Parmi les pays qui disposent de données nationales relatives aux tendances pour la période 2010-2015, quatre pays ont observé un recul de la prévalence du VHC chez les usagers de drogues par injection, tandis qu'une hausse a été constatée dans trois pays.

Chez les usagers de drogues, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est moins fréquente que l'infection par le VHC. Toutefois, dans le cas de ce virus, la présence de l'antigène de surface du VHB indique une infection présente, qui peut être aiguë ou chronique. Dans les sept pays disposant de données nationales, entre 1,7 et 11 % des consommateurs de drogues par injection seraient actuellement infectés par le VHB.

L'injection de drogues accroît le risque de contracter d'autres maladies infectieuses et des cas groupés d'hépatite A liée aux drogues ont été signalés en République tchèque, en Allemagne et au Luxembourg en 2016. Des cas groupés ou isolés de botulisme par blessure ont aussi été signalés chez les usagers de drogues par injection en Allemagne, en Norvège et au Royaume-Uni.

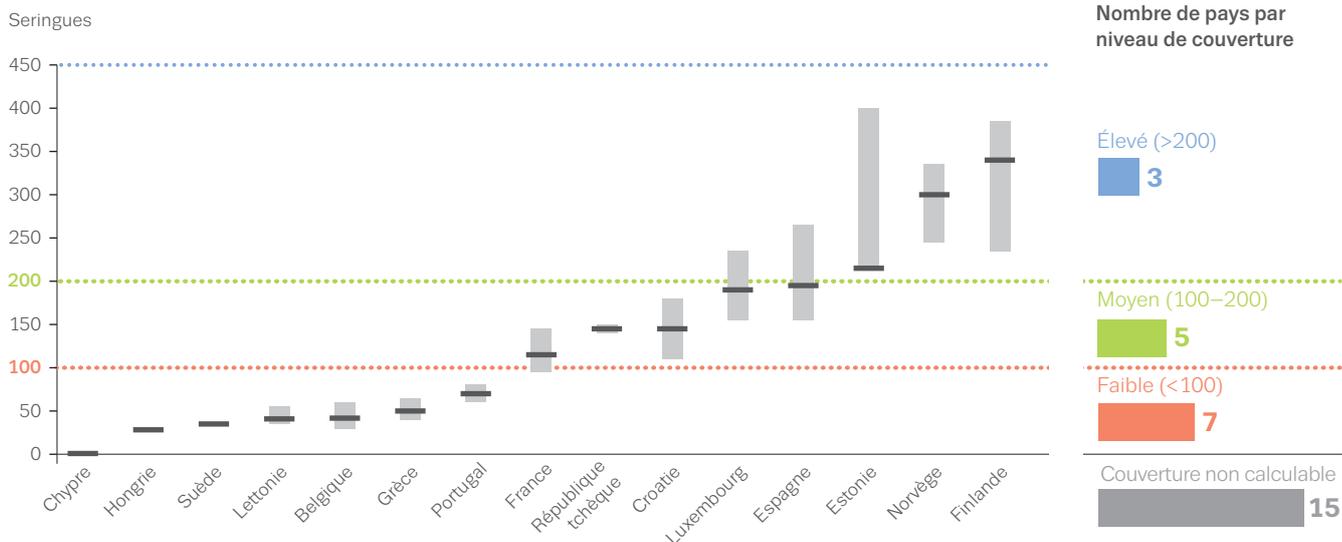
Maladies infectieuses: mesures de prévention

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 stérile, la fourniture de conseils portant sur les comportements à risque liés à ce mode de consommation, la vaccination contre l'hépatite B, le dépistage des maladies infectieuses, le traitement de l'hépatite et le traitement du 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 données scientifiquement validées attestent que les programmes d'échange de seringues sont efficaces pour réduire la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues par injection. Des 30 pays analysés par l'EMCDDA, seule la Turquie ne met pas à disposition gratuitement du matériel d'injection propre dans des points de distribution spécialisés. Toutefois, la répartition géographique des points de distribution des seringues ainsi que la couverture de la population ciblée par cette mesure varient considérablement d'un pays à l'autre (figure 3.11). Des informations sur la distribution de seringues dans le cadre de programmes spécialisés sont disponibles pour 25 pays, qui, ensemble, ont déclaré la

FIGURE 3.11

Couverture des programmes spécialisés de distribution de seringues: nombre de seringues distribuées par usager de drogues par injection (estimation)



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

fourniture de plus de 52 millions de seringues en 2014/2015, un chiffre nettement en dessous de la réalité, car plusieurs grands pays tels que l’Allemagne, l’Italie et le Royaume-Uni ne communiquent pas de données nationales complètes sur cette distribution.

Établir des liens entre les services de soins liés à la consommation de drogues et les services de santé sexuelle peut contribuer à répondre efficacement aux problèmes liés à l’injection de stimulants chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Les principales interventions de prévention pour ce groupe comprennent le dépistage et le traitement des infections, l’éducation en matière de santé et la distribution de matériel préventif (préservatifs et matériel d’injection stérile, par exemple). Pour prévenir l’infection par le VIH sexuellement transmissible, la prophylaxie préexposition est une possibilité supplémentaire de prévention chez les populations à haut risque.

Augmenter le diagnostic précoce du VIH en améliorant le dépistage

Le dépistage tardif du VIH – lorsque l’infection a déjà commencé à endommager le système immunitaire – constitue un problème particulier pour les consommateurs de drogues par injection. En 2015, 58 % des nouveaux cas déclarés liés à l’injection ont été diagnostiqués à un stade tardif, alors que la moyenne de l’UE des diagnostics tardifs est de 47 % pour toutes les voies de transmission. La détection tardive du VIH est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité et à un déclenchement tardif du traitement antirétroviral. La politique du «test and treat» suivie pour le VIH, qui prévoit que le traitement antirétroviral est entamé immédiatement après que l’infection au VIH a été diagnostiquée, entraîne une réduction de la transmission et est particulièrement importante chez les groupes de patients aux comportements plus problématiques, tels que les consommateurs de drogues par injection. Grâce au diagnostic et au traitement antirétroviral précoces, les personnes infectées peuvent avoir une espérance de vie normale.

Dans de nombreux pays, les centres de soins résidentiels et à bas seuil d’exigences fournissent des possibilités accrues de dépistage du VIH, afin d’accroître le nombre de personnes se soumettant à un test de dépistage et de détecter les infections de façon plus précoce. Les normes minimales de qualité de l’UE favorisent le dépistage volontaire des maladies infectieuses véhiculées par le sang dans les structures résidentielles, parallèlement à la fourniture de conseils sur les comportements à risque et à une aide permettant aux patients de vivre avec leur maladie. Cependant, la marginalisation des usagers de drogues et les préjugés à leur encontre restent des obstacles importants pour le dépistage et le traitement.

VHC: des traitements plus efficaces

En Europe, l'infection au VHC étant très courante chez les consommateurs de drogues par injection, ce groupe d'usagers constitue l'un des principaux publics cibles des dépistages et des traitements visant à prévenir la progression des maladies hépatiques et les décès. En outre, il est essentiel, dans le cadre d'une réponse préventive globale, de réduire le nombre de personnes susceptibles de transmettre le VHC en proposant un traitement contre ce virus. Les directives cliniques européennes recommandent de fournir un traitement à tous les patients atteints d'une maladie hépatique chronique due à une infection par le VHC. Elles recommandent également que le traitement soit envisagé sans délai chez les personnes qui risquent de transmettre le virus (y compris les usagers actifs de drogues par injection) et qu'un traitement contre le VHC soit dispensé aux usagers 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, qui sont efficaces et mieux tolérés. Par ailleurs, ces médicaments peuvent être mis à disposition dans des services de soins spécialisés au sein de structures résidentielles, ce qui peut accroître le recours au traitement et sa disponibilité. De nombreux pays européens adoptent de nouvelles stratégies pour lutter contre l'hépatite virale, mettent à jour leurs directives en matière de traitement et améliorent le dépistage du VHC et les liens avec les soins. Cependant, des défis subsistent, tels que les faibles niveaux de dépistage, la méconnaissance des filières d'orientation et de traitement dans de nombreux pays et le coût élevé des nouveaux médicaments.

**La consommation
de drogues est une cause
reconnue de mortalité
évitable chez les adultes
européens**

Hausses récentes des décès par surdose

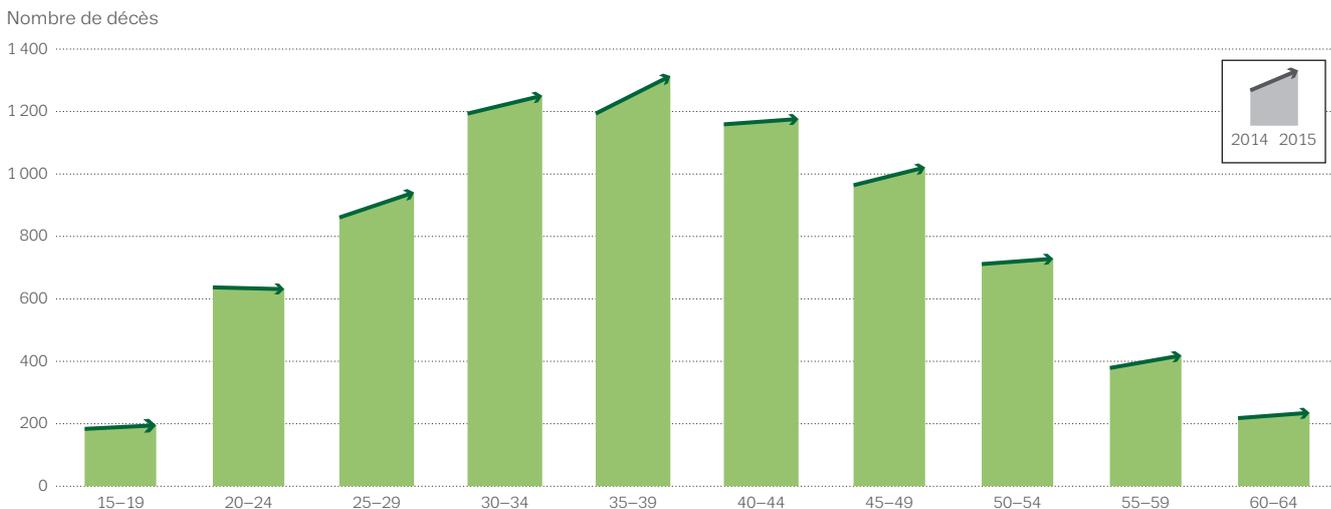
La consommation de drogues est une cause reconnue de mortalité évitable chez les adultes européens. Des études de cohorte menées auprès de consommateurs problématiques de drogues font état de taux de mortalité totaux de l'ordre de 1 à 2 % par an. Globalement, en Europe, les consommateurs d'opiacés ont 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. Ces personnes sont fréquemment en mauvais état santé, compte tenu d'une accumulation de pathologies liées les unes aux autres. Les affections pulmonaires et hépatiques chroniques ainsi que les problèmes cardiovasculaires sont fréquents et sont à l'origine d'une augmentation de la mortalité chez les usagers de drogues chroniques et plus âgés.

En Europe, les surdoses restent la principale cause de décès des usagers problématiques de drogues et plus de trois quarts des victimes de surdoses sont des hommes (78 %). La prudence est de mise lors de l'interprétation des données relatives aux surdoses, et en particulier du total cumulé pour l'Europe, en raison notamment de la sous-déclaration systématique dans certains pays et des processus d'enregistrement entraînant des retards dans les signalements. Les estimations annuelles représentent donc une valeur minimale provisoire.

Pour 2015, on estime à au moins 7 585 le nombre de décès par surdose, impliquant au moins une substance illicite, survenus dans l'Union européenne. Ce total passe à quelque 8 441 décès si l'on comptabilise la Norvège et la Turquie, soit une hausse de 6 % par rapport au chiffre révisé de 2014 (7 950 décès). Des augmentations ont été signalées dans presque toutes les tranches d'âge (figure 3.12). Comme au cours des années précédentes, la moitié environ du nombre total de décès par surdose observé en Europe ont été déclarés au Royaume-Uni (31 %) et en Allemagne (15 %), ce qui reflète en partie la taille des populations à risque dans ces pays, mais aussi la sous-déclaration dans certains autres pays. Si l'on se concentre sur les pays disposant de systèmes de notification relativement bien développés, les données révisées pour 2014 confirment une augmentation du nombre de décès par surdose en Espagne, tandis que l'augmentation du nombre de décès par surdose observée en 2014 en Lituanie et au Royaume-Uni s'est poursuivie en 2015, une telle augmentation étant désormais également signalée par l'Allemagne et les Pays-Bas. Le maintien de la tendance à la hausse s'observe aussi en Suède, même si cela peut s'expliquer en partie par les effets combinés des

FIGURE 3.12

Nombre de décès liés à l'usage de drogues signalés en Europe en 2014 et 2015, par tranche d'âge



changements dans les pratiques d'enquête, de codage et de déclaration. Si la Turquie continue de signaler des augmentations, celles-ci semblent être largement influencées par l'amélioration des méthodes de collecte et de transmission de données.

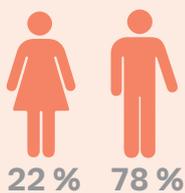
Reflétant la nature vieillissante de la population consommatrice d'opiacés en Europe, qui court un très grand risque de décès par surdose, le nombre déclaré de tels décès a augmenté dans les tranches d'âge élevé entre 2007 et 2015, tandis qu'il a diminué chez les plus jeunes. Cependant, 10 % des cas de surdose surviennent chez les moins de 25 ans et plusieurs pays, dont la Suède et la Turquie, ont récemment signalé une légère augmentation du nombre de décès par surdose dans cette tranche d'âge.

Hausse globale des décès imputables aux opiacés

L'héroïne ou ses métabolites sont impliqués dans la majorité des surdoses mortelles signalées en Europe, souvent en combinaison avec d'autres substances. Selon les données les plus récentes, le nombre de décès liés à l'héroïne a augmenté en Europe, notamment au Royaume-Uni. En Angleterre et au Pays de Galles, l'héroïne ou la morphine était mentionnée dans 1 200 décès enregistrés en 2015, soit une augmentation de 26 % par rapport à l'année précédente et une hausse de 57 % par rapport à 2013. Le nombre de décès liés à l'héroïne a également augmenté en Écosse (Royaume-Uni), en Irlande et en Turquie. Parallèlement, d'autres opiacés sont couramment mentionnés dans les rapports toxicologiques. Ces substances, principalement la

DÉCÈS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

Caractéristiques



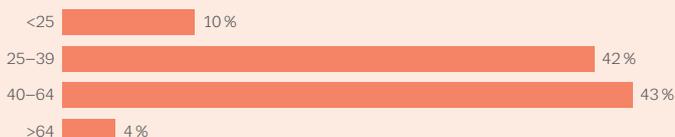
Âge moyen lors du décès

38

Décès avec présence d'opiacés



Âge lors du décès

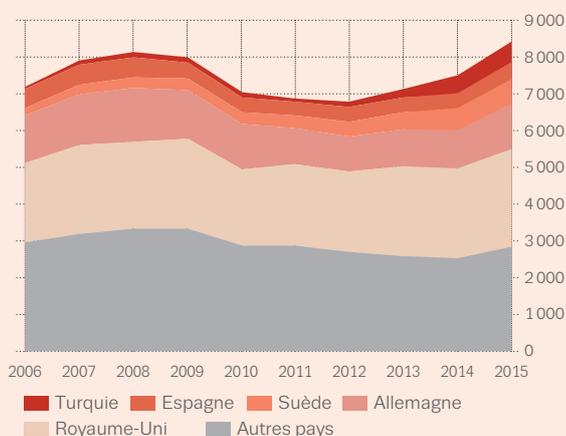


Nombre de décès

7 585 UE

8 441 UE + 2

Tendances des décès par surdose



NB: UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège.

méthadone et la buprénorphine haut dosage, mais aussi les fentanyl et le tramadol, sont impliqués dans une part importante des surdoses mortelles dans certains pays. Selon les données les plus récentes, le nombre de décès enregistrés liés à la méthadone a dépassé celui des décès liés à l'héroïne en Croatie, au Danemark, en France et en Irlande.

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 320 en 2015, même si de nombreux cas semblent correspondre à des surdoses liées à l'héroïne chez des usagers qui ont aussi consommé du crack. En Espagne, où les décès liés à la cocaïne sont stables depuis quelques années, cette drogue restait la deuxième drogue illicite la plus citée dans les décès par surdose en 2014 (269 cas). En 2015, les décès liés à des stimulants en Turquie comprenaient 56 cas associés à la consommation de cocaïne, 206 à la consommation d'amphétamines et 166 à la consommation de MDMA (dont 62 attribués à la consommation de MDMA seule). La consommation de cannabinoïdes de synthèse a été signalée dans 137 décès en Turquie, dont 63 ont été imputés à la seule consommation de ces substances.

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

En 2015, le taux de mortalité due à des surdoses en Europe est estimé à 20,3 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux chez les hommes (32,3 cas par million d'hommes) est presque quatre fois plus élevé que chez les femmes (8,4 cas par million de femmes). Les taux de mortalité due à des surdoses culminent dans la tranche d'âge des 35-39 ans chez les hommes et dans celle des 30-34 ans chez les femmes. L'âge moyen au moment du décès est cependant plus bas chez les hommes, 38 ans, contre 41 ans chez les femmes. Les taux de mortalité et leur

évolution varient considérablement selon le pays (figure 3.13) et dépendent de facteurs tels que la prévalence et les modes de consommation de drogues, ainsi que des pratiques nationales de transmission, d'enregistrement des informations et de codage des cas de surdose dans les bases de données nationales en matière de mortalité. Selon les dernières données disponibles, des taux supérieurs à 40 décès par million d'habitants ont été enregistrés dans huit pays du Nord de l'Europe, avec en tête l'Estonie (103 décès par million), la Suède (100 décès par million), la Norvège (76 décès par million) et l'Irlande (71 décès par million) (figure 3.13).

Prévention des surdoses et des décès liés à l'usage de drogues

La réduction des décès par surdose et des autres décès liés à l'usage de drogues 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 surdose.

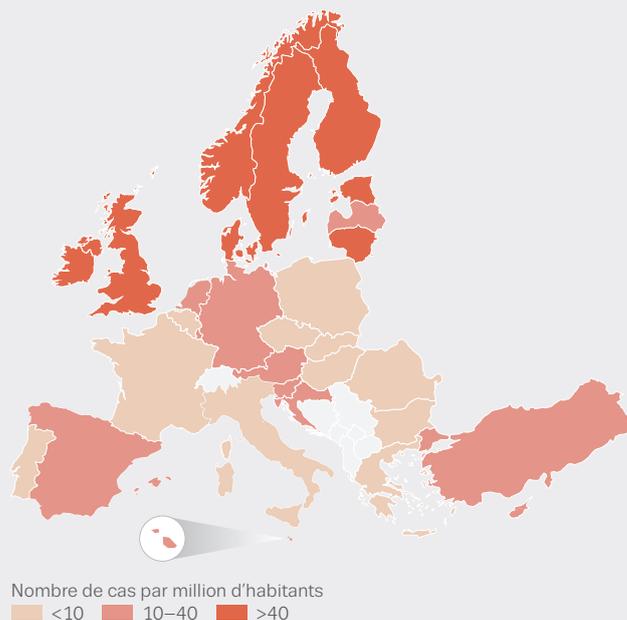
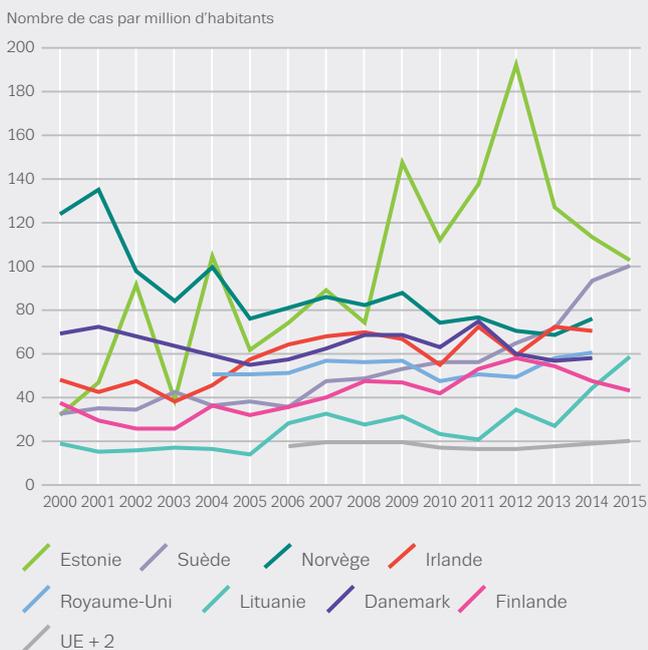
Une méta-analyse des études d'observation confirme l'efficacité du traitement de substitution à la méthadone pour la réduction de la mortalité (due à des surdoses et toutes causes confondues) chez les personnes dépendantes aux opiacés. Le taux de mortalité chez les patients suivant un traitement à la méthadone était inférieur au tiers du taux attendu chez les consommateurs d'opiacés n'ayant pas entamé de traitement. L'analyse du risque de décès à différents stades de traitement laisse à penser qu'il est nécessaire de privilégier les interventions au début du traitement (pendant les quatre premières semaines, en particulier avec de la méthadone) et après le traitement. Les quatre premières semaines qui suivent la fin du traitement étant associées à un risque accru de surdose, les patients qui entament et achèvent fréquemment des traitements sont particulièrement vulnérables aux surdoses.

Les salles de consommation de drogues à moindre risque visent à prévenir les surdoses et à garantir la disponibilité d'une aide professionnelle en cas de surdose. De telles structures sont actuellement opérationnelles dans six pays de l'UE et en Norvège, pour un total de 78 structures. En 2016, deux salles de consommation ont été ouvertes en France pour une période d'essai de six ans et de nouvelles structures ont été implantées au Danemark et en Norvège.

Les patients qui entament et achèvent fréquemment des traitements sont particulièrement vulnérables aux surdoses

FIGURE 3.13

Taux de mortalité liée à l'usage de drogues chez les adultes (15-64 ans): sélection de tendances et données les plus récentes



NB: tendances dans les huit pays ayant déclaré les valeurs les plus élevées en 2015 ou 2014 et tendance européenne générale. UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège.

Développement de nouveaux produits à base de naloxone

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 les surdoses et d'y réagir. Le personnel des services régulièrement en contact avec les usagers de drogues a également accès à cette substance. Des programmes de distribution de naloxone destinée à une administration à domicile existent actuellement dans dix pays européens. Les kits de naloxone fournis par les services de soins comprennent généralement des seringues préremplies de cette substance, bien qu'au Danemark et en

Norvège, un adaptateur permette d'administrer la naloxone par voie nasale. En France, une autorisation temporaire d'utilisation a été délivrée pour une nouvelle formule nasale de ce médicament. De plus en plus fréquemment mis en œuvre dans des structures résidentielles depuis 2013, les programmes de distribution de naloxone destinée à une administration à domicile en Estonie ont été élargis aux prisons en 2015. Une récente étude systématique de l'efficacité de la naloxone à domicile a établi que sa distribution conjuguée à des actions d'éducation et de formation réduisait la mortalité imputable aux surdoses. Ce constat pourrait concerner particulièrement certaines populations présentant un risque élevé de surdose, comme les détenus récemment sortis de prison, et une évaluation du programme national d'administration de naloxone mis en œuvre au Royaume-Uni (Écosse) a établi qu'il coïncidait avec une réduction significative du taux de décès imputables aux opiacés se produisant dans le mois suivant la sortie de prison.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

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

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

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

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Publications de l'EMCDDA et de l'ECDC

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

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 problématique d'opiacés, les traitements de substitution, le nombre total de patients en traitement, l'admission en traitement, la consommation de drogues par injection, les décès dus à l'usage de drogues, les maladies infectieuses liées aux drogues, la distribution de seringues et les saisies. Les données sont extraites et constituent un sous-ensemble du [bulletin statistique 2017](#) 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 | – | – | 27,7 (3 234) | 10,3 (411) | 37,4 (2 773) | 14 (409) | 8,3 (31) | 14,9 (374) | 16 681 |
| Bulgarie | – | – | 84,8 (1 530) | 64,5 (207) | 96 (932) | 73 (772) | 69,9 (116) | 75,5 (580) | 3 423 |
| République tchèque | 2015 | 1,8–1,9 | 17 (1 720) | 7 (333) | 25,9 (1 387) | 82,6 (1 412) | 79,8 (264) | 83,2 (1 148) | 4 000 |
| Danemark | – | – | 13 (613) | 5,5 (124) | 20,6 (472) | 26,6 (121) | 10,5 (11) | 31,4 (108) | 6 268 |
| Allemagne | 2014 | 2,7–3,3 | 32,9 (28 669) | 13,3 (3 552) | 41,4 (25 117) | 32,6 (11 392) | 29,4 (1 549) | 33,2 (9 843) | 77 200 |
| Estonie | – | – | 93,3 (263) | 87,3 (55) | 95 (153) | 70,7 (183) | 67,3 (37) | 82,2 (125) | 1 166 |
| Irlande | – | – | 47,6 (4 515) | 25,9 (971) | 62,4 (3 403) | 38,2 (1 672) | 30,9 (293) | 39,9 (1 318) | 9 917 |
| Grèce | 2015 | 2,1–2,8 | 69,8 (2 836) | 52,9 (834) | 80,8 (1 984) | 32,4 (914) | 26,6 (221) | 34,9 (690) | 10 082 |
| Espagne | 2014 | 1,6–2,6 | 24,6 (12 032) | 10,5 (2 486) | 42,9 (8 056) | 13,7 (1 568) | 7,4 (178) | 15,2 (1 173) | 61 859 |
| France | 2013–14 | 4,4–7,4 | 28 (13 744) | 15 (2 378) | 48,9 (8 310) | 18,5 (2 150) | 12,3 (263) | 21,1 (1 505) | 168 840 |
| Croatie | 2015 | 2,5–4,0 | 81,3 (6 124) | 20,8 (176) | 89,1 (5 917) | 72,1 (4 377) | 36,5 (62) | 73,2 (4 299) | 5 061 |
| Italie | 2015 | 4,6–5,9 | 53,3 (25 144) | 38,8 (8 040) | 64,6 (17 104) | 50,8 (10 620) | 39,5 (2 521) | 55,8 (8 099) | 60 047 |
| Chypre | 2015 | 1,9–3,2 | 25,7 (205) | 11,5 (50) | 44,2 (142) | 48 (97) | 46 (23) | 48,9 (68) | 252 |
| Lettonie | 2014 | 3,4–7,5 | 53,5 (402) | 32,7 (128) | 76,1 (274) | 92,3 (370) | 82,8 (106) | 96,7 (264) | 609 |
| Lituanie | 2007 | 2,3–2,4 | 89 (2 268) | 66,1 (261) | 94 (1 991) | 87,2 (1 970) | 89,3 (233) | 87 (1 724) | 596 |
| Luxembourg | 2007 | 5–7,6 | 56,2 (163) | 25 (6) | 57,9 (125) | 43 (68) | 16,7 (1) | 42,7 (53) | 1 078 |
| Hongrie | 2010–11 | 0,4–0,5 | 3,6 (156) | 1,6 (46) | 8,4 (93) | 53,5 (77) | 48,9 (22) | 56 (51) | 669 |
| Malte | 2015 | 5,6–6,5 | 73,2 (1 296) | 28,7 (66) | 79,8 (1 230) | 61,9 (760) | 43,9 (25) | 62,8 (735) | 1 026 |
| Pays-Bas | 2012 | 1,1–1,5 | 11,5 (1 262) | 6,2 (402) | 19,3 (860) | 6,1 (39) | 7,6 (13) | 5,6 (26) | 7 421 |
| Autriche | 2015 | 5,3–5,6 | 55,4 (2 016) | 26,9 (351) | 71,4 (1 665) | 32,3 (516) | 23 (73) | 34,5 (443) | 17 599 |
| Pologne | 2014 | 0,4–0,7 | 16,3 (1 465) | 4,8 (208) | 27,6 (1 224) | 62,1 (902) | 40,8 (84) | 65,6 (800) | 2 564 |
| Portugal | 2012 | 4,2–5,5 | 49,2 (1 357) | 28,9 (458) | 76,8 (899) | 16,6 (209) | 9,9 (40) | 19,8 (169) | 17 011 |
| Roumanie | – | – | 32,6 (1 057) | 17,3 (360) | 66,3 (686) | 88,2 (834) | 85,6 (286) | 90 (543) | 547 |
| Slovénie | 2015 | 3,4–4,1 | 74,7 (236) | 42 (37) | 87,7 (199) | 44,5 (105) | 24,3 (9) | 48,2 (96) | 3 261 |
| Slovaquie | 2008 | 1,0–2,5 | 24,1 (602) | 14,8 (179) | 33,6 (414) | 68,5 (402) | 51,4 (91) | 75,7 (305) | 600 |
| Finlande | 2012 | 3,8–4,5 | 51,7 (339) | 38,3 (106) | 61,5 (233) | 73,3 (247) | 65,7 (69) | 76,7 (178) | 3 000 |
| Suède (¹) | – | – | 25,2 (8 907) | 16,8 (2 101) | 29,5 (6 562) | – | – | – | 3 679 |
| Royaume-Uni | 2010–11 | 7,9–8,4 | 49,7 (59 763) | 21,7 (8 595) | 63,5 (50 984) | 31,8 (13 125) | 17,5 (929) | 34 (12 139) | 142 085 |
| Turquie | 2011 | 0,2–0,5 | 74,2 (8 073) | 67,5 (3 627) | 80,7 (4 446) | 24,7 (1 994) | 15,5 (561) | 32,2 (1 433) | 12 500 |
| Norvège (²) | 2013 | 2,0–4,2 | 17 (1 005) | – | – | – | – | – | 7 498 |
| Union européenne | – | – | 37,6 (181 918) | 18,3 (32 921) | 51,4 (143 189) | 36,6 (55 311) | 28,2 (7 550) | 39 (46 856) | 626 541 |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | 38,2 (190 996) | 19,8 (36 548) | 52 (147 635) | 36 (57 305) | 26,7 (8 111) | 38,8 (48 289) | 646 539 |

Les données relatives aux patients sous traitement de substitution concernent 2015, ou l'année la plus récente disponible: Danemark, Finlande, Pays-Bas et Espagne, 2014; Turquie, 2011.

(¹) Les données concernant les patients admis en traitement pour la première fois et les patients admis en traitement traités antérieurement sont uniquement disponibles pour deux des trois sources de données en Suède et, par conséquent, ne sont pas comparables aux données concernant tous les patients admis en traitement.

(²) Le pourcentage de patients admis en traitement pour des problèmes liés aux opiacés est une valeur minimale qui ne tient pas compte des usagers d'opiacés enregistrés comme des polyconsommateurs.

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, élèves (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 ⁽¹⁾ | 2013 | – | 0,9 | 3 | 18,9 (2 207) | 18,9 (756) | 18,9 (1 401) | 6,5 (125) | 1,1 (7) | 9,4 (116) |
| Bulgarie | 2012 | 0,9 | 0,3 | 5 | 1,6 (29) | 6,5 (21) | 0,8 (8) | 7,1 (2) | 0 (0) | 25 (2) |
| République tchèque | 2015 | 1,8 | 0,3 | 1 | 0,3 (27) | 0,3 (12) | 0,3 (15) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Danemark | 2013 | 5,2 | 2,4 | 2 | 5,5 (260) | 5,9 (134) | 5,4 (124) | 3,9 (8) | – | 8,6 (8) |
| Allemagne ⁽²⁾ | 2015 | 3,8 | 1,2 | 3 | 6 (5 209) | 5,6 (1 494) | 6,1 (3 715) | 17,1 (2 843) | 8,8 (353) | 19,7 (2 490) |
| Estonie | 2008 | – | 1,3 | 1 | 0,7 (2) | – | 1,2 (2) | 50 (1) | – | 50 (1) |
| Irlande | 2015 | 7,8 | 2,9 | 3 | 10,5 (996) | 13,7 (513) | 8,4 (457) | 0,8 (8) | 0,2 (1) | 1,6 (7) |
| Grèce | – | – | – | 1 | 6,6 (269) | 8,9 (141) | 5,2 (128) | 11,6 (31) | 4,3 (6) | 19,5 (25) |
| Espagne | 2015 | 9,1 | 3,0 | 2 | 36,5 (17 864) | 34,8 (8 234) | 37 (6 954) | 1,3 (224) | 0,7 (56) | 2,1 (141) |
| France | 2014 | 5,4 | 2,4 | 4 | 6,1 (3 013) | 6,1 (963) | 8,1 (1 369) | 10,2 (269) | 3,6 (32) | 16,5 (198) |
| Croatie | 2015 | 2,7 | 1,6 | 2 | 1,4 (104) | 2,8 (24) | 1,2 (80) | 2 (2) | – | 2,5 (2) |
| Italie | 2014 | 7,6 | 1,8 | 3 | 25,3 (11 935) | 30,4 (6 296) | 21,3 (5 639) | 4,2 (479) | 2,6 (159) | 5,9 (320) |
| Chypre | 2016 | 1,4 | 0,4 | 3 | 10 (80) | 8,3 (36) | 11,8 (38) | 5,1 (4) | 0 (0) | 7,9 (3) |
| Lettonie | 2015 | 1,5 | 1,2 | 2 | 1,2 (9) | 1,8 (7) | 0,6 (2) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Lituanie | 2012 | 0,9 | 0,3 | 2 | 0,6 (15) | 1,8 (7) | 0,3 (7) | 13,3 (2) | 14,3 (1) | 14,3 (1) |
| Luxembourg | – | – | – | – | 19 (55) | 16,7 (4) | 20,4 (44) | 44,4 (24) | – | 50 (22) |
| Hongrie ⁽³⁾ | 2015 | 1,2 | 0,9 | 2 | 2,3 (99) | 2,5 (75) | 1,7 (19) | 5,2 (5) | 1,4 (1) | 15,8 (3) |
| Malte | 2013 | 0,5 | – | 3 | 15,9 (281) | 39,6 (91) | 12,3 (190) | 17,6 (45) | 8,1 (7) | 22,4 (38) |
| Pays-Bas | 2015 | 5,1 | 3,6 | 2 | 24,3 (2 675) | 20,8 (1 357) | 29,6 (1 318) | 0,4 (5) | 0,1 (1) | 0,6 (4) |
| Autriche | 2015 | 3 | 0,4 | 2 | 7,1 (258) | 9,6 (125) | 5,7 (133) | 6,3 (15) | 0,8 (1) | 11,6 (14) |
| Pologne | 2014 | 1,3 | 0,4 | 4 | 2,1 (189) | 1,9 (83) | 2,3 (101) | 2,2 (4) | 1,3 (1) | 3 (3) |
| Portugal | 2012 | 1,2 | 0,4 | 2 | 12 (331) | 15,1 (239) | 7,9 (92) | 4,4 (13) | 2,3 (5) | 9,6 (8) |
| Roumanie | 2013 | 0,8 | 0,2 | 3 | 0,6 (19) | 0,9 (18) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | – |
| Slovénie | 2012 | 2,1 | 1,2 | 2 | 4,1 (13) | 9,1 (8) | 2,2 (5) | 23,1 (3) | 0 (0) | 60 (3) |
| Slovaquie | 2015 | 0,7 | 0,3 | 2 | 0,8 (19) | 0,7 (9) | 0,7 (9) | 5,9 (1) | – | 12,5 (1) |
| Finlande | 2014 | 1,9 | 1,0 | 1 | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | – | – | – |
| Suède ^(4,5) | 2013 | – | 1,2 | 2 | 0,9 (318) | 1,7 (211) | 0,5 (103) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Royaume-Uni ^(2,4) | 2015 | 9,7 | 4,0 | 2 | 13,9 (16 673) | 17,2 (6 830) | 12,2 (9 806) | 1,5 (168) | 0,4 (18) | 2,3 (146) |
| Turquie | 2011 | – | – | – | 1,8 (198) | 1,5 (79) | 2,2 (119) | – | – | – |
| Norvège ⁽⁴⁾ | 2015 | 4,2 | 2,2 | 1 | 1,4 (83) | – | – | – | – | – |
| Union européenne | – | 5,2 | 1,9 | – | 13 (62 949) | 15,4 (27 688) | 11,4 (31 759) | 6,5 (4 281) | 2,4 (649) | 10 (3 556) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | – | 12,6 (63 230) | 15 (27 767) | 11,2 (31 878) | 6,5 (4 281) | 2,4 (649) | 10 (3 556) |

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD. En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

(1) Les estimations de la prévalence pour la population générale ne concernent que la Région flamande.

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

(3) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 18 à 64 ans et 18 à 34 ans.

(4) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 16 à 64 ans et 16 à 34 ans.

(5) Les données concernant les patients admis en traitement pour la première fois et les patients admis en traitement traités antérieurement sont uniquement disponibles pour deux des trois sources de données en Suède et, par conséquent, ne sont pas comparables aux données concernant tous les patients admis en traitement.

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, élèves (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 (1) | 2013 | – | 0,5 | 2 | 9,9 (1 160) | 8,6 (345) | 10,7 (794) | 13,5 (130) | 3,9 (11) | 17,8 (118) |
| Bulgarie | 2012 | 1,2 | 1,3 | 6 | 4,7 (84) | 15,9 (51) | 1,6 (16) | 2 (1) | 0 (0) | 0 (0) |
| République tchèque | 2015 | 4,4 | 2,2 | 1 | 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 | 1 | 6,6 (311) | 6,2 (140) | 7,1 (163) | 4 (11) | 1,7 (2) | 6,2 (9) |
| Allemagne (3,4) | 2015 | 3,6 | 1,9 | 4 | 16,8 (14 646) | 19,3 (5 134) | 15,7 (9 512) | 2,2 (719) | 1,5 (168) | 2,5 (551) |
| Estonie | 2008 | – | 2,5 | 2 | 2,1 (6) | 3,2 (2) | 2,5 (4) | 66,7 (4) | 100 (2) | 50 (2) |
| Irlande | 2015 | 4,1 | 0,6 | 3 | 0,6 (59) | 0,9 (33) | 0,4 (24) | 3,4 (2) | 3 (1) | 4,2 (1) |
| Grèce | – | – | – | 2 | 0,4 (18) | 0,4 (7) | 0,4 (11) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Espagne | 2015 | 3,6 | 1,0 | 1 | 1,3 (655) | 1,6 (385) | 1,1 (209) | 0,9 (6) | 1,1 (4) | 0,5 (1) |
| France | 2014 | 2,2 | 0,7 | 2 | 0,5 (264) | 0,5 (84) | 0,6 (108) | 11,6 (26) | 14,9 (11) | 15,6 (15) |
| Croatie | 2015 | 3,5 | 2,3 | 3 | 1,4 (102) | 2,7 (23) | 1,1 (74) | – | – | – |
| Italie | 2014 | 2,8 | 0,6 | 2 | 0,2 (91) | 0,3 (59) | 0,1 (32) | 5,2 (4) | 6,4 (3) | 3,3 (1) |
| Chypre | 2016 | 0,5 | 0,1 | 3 | 4,9 (39) | 3,9 (17) | 5,6 (18) | 2,6 (1) | 5,9 (1) | 0 (0) |
| Lettonie | 2015 | 1,9 | 0,7 | 3 | 16,2 (122) | 21,5 (84) | 10,6 (38) | 67,5 (81) | 62,2 (51) | 78,9 (30) |
| Lituanie | 2012 | 1,2 | 0,5 | 1 | 2,5 (63) | 7,1 (28) | 1,5 (31) | 26,7 (16) | 3,7 (1) | 45,2 (14) |
| Luxembourg | – | – | – | – | 0,3 (1) | – | 0,5 (1) | – | – | – |
| Hongrie (4) | 2015 | 1,7 | 1,4 | 3 | 11,4 (489) | 12 (354) | 8,9 (98) | 9,6 (46) | 5,7 (20) | 23,7 (23) |
| Malte | 2013 | 0,3 | – | 2 | 0,3 (5) | 0,4 (1) | 0,3 (4) | 20 (1) | – | 25 (1) |
| Pays-Bas | 2015 | 4,7 | 3,1 | 2 | 7,4 (817) | 7,5 (487) | 7,4 (330) | 1,3 (4) | 1 (2) | 1,9 (2) |
| Autriche | 2015 | 2,2 | 0,9 | 3 | 4,8 (174) | 5,7 (75) | 4,2 (99) | 3,8 (6) | 2,9 (2) | 4,3 (4) |
| Pologne | 2014 | 1,7 | 0,4 | 4 | 24,3 (2 194) | 25,4 (1 091) | 23,8 (1 056) | 3,7 (80) | 1,7 (18) | 5,8 (60) |
| Portugal | 2012 | 0,5 | 0,1 | 1 | 0,1 (4) | 0,3 (4) | – | 0 (0) | 0 (0) | – |
| Roumanie | 2013 | 0,3 | 0,1 | 1 | 0,4 (12) | 0,3 (7) | 0,3 (3) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovénie | 2012 | 0,9 | 0,8 | 1 | 1,3 (4) | 4,5 (4) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | – |
| Slovaquie | 2015 | 1,4 | 0,8 | 1 | 45,2 (1 132) | 44,7 (539) | 45,4 (559) | 28,7 (315) | 24,3 (129) | 34 (183) |
| Finlande | 2014 | 3,4 | 2,4 | 1 | 15,2 (100) | 16,2 (45) | 14,5 (55) | 77,6 (76) | 62,8 (27) | 89,1 (49) |
| Suède (3,5,6) | 2013 | – | 1,3 | 1 | 7 (2 645) | 8,3 (1 129) | 5,8 (1 376) | – | – | – |
| Royaume-Uni (2,5) | 2015 | 10,3 | 0,9 | 1 | 2,8 (3 332) | 3,6 (1 414) | 2,4 (1 913) | 18,9 (382) | 11 (89) | 24,3 (293) |
| Turquie | 2011 | 0,1 | 0,1 | – | 1,8 (196) | 2,5 (133) | 1,1 (63) | 0,5 (1) | 0,8 (1) | 0 (0) |
| Norvège (3,5) | 2015 | 3,1 | 0,3 | 1 | 13,9 (823) | – | – | – | – | – |
| Union européenne | – | 3,8 | 1,1 | – | 7,4 (35 562) | 8,4 (15 092) | 7,2 (20 011) | 15,1 (7 357) | 16,8 (3 128) | 14,1 (4 217) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | – | 7,3 (36 581) | 8,2 (15 225) | 7,1 (20 074) | 15 (7 358) | 16,6 (3 129) | 14,1 (4 217) |

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD. En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

(1) Les estimations de la prévalence pour la population générale ne concernent que la Région flamande.

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

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

(4) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 18 à 64 ans et 18 à 34 ans.

(5) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 16 à 64 ans et 16 à 34 ans.

(6) Les données concernant les patients admis en traitement pour la première fois et les patients admis en traitement traités antérieurement sont uniquement disponibles pour deux des trois sources de données en Suède et, par conséquent, ne sont pas comparables aux données concernant tous les patients admis en traitement.

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, élèves (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 (1) | 2013 | – | 0,8 | 3 | 0,3 (36) | 0,6 (25) | 0,1 (11) |
| Bulgarie | 2012 | 2,0 | 2,9 | 5 | 0,2 (3) | 0,6 (2) | 0,1 (1) |
| République tchèque | 2015 | 6,3 | 3,5 | 3 | 0 (4) | 0,1 (3) | 0 (1) |
| Danemark | 2013 | 2,3 | 0,7 | 1 | 0,3 (15) | 0,5 (11) | 0,2 (4) |
| Allemagne (2) | 2015 | 3,3 | 1,3 | 2 | – | – | – |
| Estonie | 2008 | – | 2,3 | 3 | – | – | – |
| Irlande | 2015 | 9,2 | 4,4 | 4 | 0,5 (47) | 0,8 (31) | 0,3 (15) |
| Grèce | – | – | – | 1 | 0,2 (7) | 0,2 (3) | 0,2 (4) |
| Espagne | 2015 | 3,6 | 1,3 | 1 | 0,3 (133) | 0,5 (111) | 0,1 (13) |
| France | 2014 | 4,2 | 2,3 | 2 | 0,4 (188) | 0,5 (76) | 0,3 (49) |
| Croatie | 2015 | 3,0 | 1,4 | 2 | 0,4 (32) | 0,8 (7) | 0,3 (23) |
| Italie | 2014 | 3,1 | 1,0 | 3 | 0,2 (80) | 0,2 (40) | 0,2 (40) |
| Chypre | 2016 | 1,1 | 0,3 | 3 | – | – | – |
| Lettonie | 2015 | 2,4 | 0,8 | 3 | 0,3 (2) | 0,3 (1) | 0,3 (1) |
| Lituanie | 2012 | 1,3 | 0,3 | 2 | 0,1 (3) | 0,3 (1) | 0,1 (2) |
| Luxembourg | – | – | – | – | – | – | – |
| Hongrie (3) | 2015 | 4,0 | 2,1 | 2 | 2 (85) | 1,8 (54) | 1,9 (21) |
| Malte | 2013 | 0,7 | – | 2 | 0,9 (16) | 1,7 (4) | 0,8 (12) |
| Pays-Bas | 2015 | 8,4 | 6,6 | 3 | 0,7 (80) | 1 (67) | 0,3 (13) |
| Autriche | 2015 | 2,9 | 1,1 | 2 | 0,5 (20) | 1,1 (14) | 0,3 (6) |
| Pologne | 2014 | 1,6 | 0,9 | 3 | 0,3 (23) | 0,3 (14) | 0,2 (9) |
| Portugal | 2012 | 1,3 | 0,6 | 2 | 0,3 (8) | 0,4 (7) | 0,1 (1) |
| Roumanie | 2013 | 0,9 | 0,3 | 2 | 0,5 (16) | 0,8 (16) | 0 (0) |
| Slovénie | 2012 | 2,1 | 0,8 | 2 | 0,3 (1) | 1,1 (1) | 0 (0) |
| Slovaquie | 2015 | 3,1 | 1,2 | 3 | 0,1 (3) | 0,1 (1) | 0,2 (2) |
| Finlande | 2014 | 3,0 | 2,5 | 1 | 0,5 (3) | 1,1 (3) | 0 (0) |
| Suède (4) | 2013 | – | 1,0 | 1 | – | – | – |
| Royaume-Uni (2,4) | 2015 | 9,4 | 3,1 | 3 | 0,4 (490) | 0,8 (312) | 0,2 (174) |
| Turquie | 2011 | 0,1 | 0,1 | – | 1 (106) | 1,4 (77) | 0,5 (29) |
| Norvège (4) | 2015 | 2,3 | 1,2 | 1 | – | – | – |
| Union européenne | – | 4,2 | 1,8 | – | 0,3 (1 295) | 0,4 (804) | 0,1 (402) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | – | 0,3 (1 401) | 0,5 (881) | 0,2 (431) |

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD. En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

(1) Les estimations de la prévalence pour la population générale ne concernent que la Région flamande.

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

(3) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 18 à 64 ans et 18 à 34 ans.

(4) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 16 à 64 ans et 16 à 34 ans.

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, élèves (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 (1) | 2013 | 15 | 10,1 | 17 | 31,9 (3 737) | 51,6 (2 065) | 21,3 (1 582) |
| Bulgarie | 2012 | 7,5 | 8,3 | 27 | 3,2 (58) | 8,4 (27) | 0,7 (7) |
| République tchèque | 2015 | 29,5 | 18,8 | 37 | 11,8 (1 195) | 16,4 (776) | 7,8 (419) |
| Danemark | 2013 | 35,6 | 17,6 | 12 | 70,9 (3 338) | 79 (1 783) | 62,5 (1 430) |
| Allemagne (2) | 2015 | 27,2 | 13,3 | 19 | 39,1 (34 108) | 56,9 (15 168) | 31,2 (18 940) |
| Estonie | 2008 | – | 13,6 | 25 | 3,5 (10) | 7,9 (5) | 1,2 (2) |
| Irlande | 2015 | 27,9 | 13,8 | 19 | 28,3 (2 681) | 45,2 (1 693) | 16,8 (918) |
| Grèce | – | – | – | 9 | 19,4 (789) | 34,2 (539) | 9,8 (240) |
| Espagne | 2015 | 31,5 | 17,1 | 27 | 33,7 (16 478) | 48,1 (11 386) | 16,4 (3 084) |
| France | 2014 | 40,9 | 22,1 | 31 | 60,4 (29 621) | 74,9 (11 855) | 37,6 (6 391) |
| Croatie | 2015 | 19,4 | 16,0 | 21 | 12,8 (967) | 62 (526) | 6,5 (432) |
| Italie | 2014 | 31,9 | 19,0 | 27 | 19,5 (9 225) | 28 (5 810) | 12,9 (3 415) |
| Chypre | 2016 | 12,1 | 4,3 | 7 | 58,8 (469) | 75,9 (330) | 38 (122) |
| Lettonie | 2015 | 9,8 | 10,0 | 17 | 23,3 (175) | 35,5 (139) | 10 (36) |
| Lituanie | 2012 | 10,5 | 5,1 | 18 | 3,5 (89) | 11,9 (47) | 1,6 (33) |
| Luxembourg | – | – | – | – | 23,1 (67) | 58,3 (14) | 19,9 (43) |
| Hongrie (2) | 2015 | 7,4 | 3,5 | 13 | 56,2 (2 420) | 62,7 (1 854) | 41,4 (458) |
| Malte | 2013 | 4,3 | – | 13 | 8,9 (158) | 29,1 (67) | 5,9 (91) |
| Pays-Bas | 2015 | 25,6 | 16,1 | 22 | 47,3 (5 202) | 55,5 (3 625) | 35,4 (1 577) |
| Autriche | 2015 | 23,6 | 14,1 | 20 | 29,2 (1 063) | 54,4 (711) | 15,1 (352) |
| Pologne | 2014 | 16,2 | 9,8 | 24 | 28 (2 525) | 36,3 (1 558) | 20,3 (901) |
| Portugal | 2012 | 9,4 | 5,1 | 15 | 33,9 (934) | 50,8 (806) | 10,9 (128) |
| Roumanie | 2013 | 4,6 | 3,3 | 8 | 39,3 (1 272) | 54,8 (1 137) | 9,5 (98) |
| Slovénie | 2012 | 15,8 | 10,3 | 25 | 14,2 (45) | 38,6 (34) | 4,8 (11) |
| Slovaquie | 2015 | 15,8 | 9,3 | 26 | 24,6 (616) | 35,7 (430) | 13,7 (169) |
| Finlande | 2014 | 21,7 | 13,5 | 8 | 20,7 (136) | 35,7 (99) | 9,8 (37) |
| Suède (4,5) | 2015 | 14,7 | 7,3 | 7 | 11,1 (3 924) | 16,9 (2 113) | 7,9 (1 752) |
| Royaume-Uni (2,4) | 2015 | 29,4 | 11,3 | 19 | 25,9 (31 129) | 46,3 (18 345) | 15,8 (12 686) |
| Turquie | 2011 | 0,7 | 0,4 | – | 6 (653) | 7,7 (416) | 4,3 (237) |
| Norvège (4) | 2015 | 20,9 | 8,6 | 7 | 27,2 (1 609) | – | – |
| Union européenne | – | 26,3 | 13,9 | – | 31,5 (152 431) | 46,2 (82 942) | 19,9 (55 354) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | – | 30,9 (154 693) | 45,1 (83 358) | 19,6 (55 591) |

Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD. En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

(1) Les estimations de la prévalence pour la population générale ne concernent que la Région flamande.

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

(3) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 18 à 64 ans et 18 à 34 ans.

(4) Tranches d'âge pour les estimations de la prévalence dans la population générale: 16 à 64 ans et 16 à 34 ans.

(5) Les données concernant les patients admis en traitement pour la première fois et les patients admis en traitement traités antérieurement sont uniquement disponibles pour deux des trois sources de données en Suède et, par conséquent, ne sont pas comparables aux données concernant tous les patients admis en traitement.

TABLEAU A6

AUTRES INDICATEURS

| | Décès dus aux drogues (15-64 ans) | Cas de VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogues par injection (ECDC) | Estimation de la consommation de drogues par voie intraveineuse | | Seringues distribuées par des programmes spécialisés |
|---------------------------|---|---|---|---|--|
| Pays | 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 (67) | 1,3 (15) | 2015 | 2,3–4,6 | 1 034 242 |
| Bulgarie | 4 (17) | 3,6 (26) | – | – | 364 111 |
| République tchèque | 6 (39) | 0,4 (4) | 2015 | 6,1–6,4 | 6 421 095 |
| Danemark | 58 (210) | 1,4 (8) | – | – | – |
| Allemagne | 22 (1 185) | 1,7 (134) | – | – | – |
| Estonie | 103 (88) | 41,9 (55) | 2009 | 4,3–10,8 | 2 136 691 |
| Irlande (¹) | 71 (213) | 10,8 (50) | – | – | 393 275 |
| Grèce | 0 (0) | 6,4 (70) | 2015 | 0,6–1,0 | 268 157 |
| Espagne (¹) | 15 (455) | 2,1 (96) | 2014 | 0,2–0,3 | 1 483 399 |
| France (¹) | 7 (294) | 0,9 (58) | 2014 | 2,1–3,2 | 12 314 781 |
| Croatie | 19 (54) | 0,5 (2) | 2012 | 0,4–0,6 | 923 650 |
| Italie | 8 (304) | 1,8 (112) | – | – | – |
| Chypre | 15 (9) | 1,2 (1) | 2015 | 0,3–0,7 | 164 |
| Lettonie | 14 (18) | 44,3 (88) | 2012 | 7,3–11,7 | 524 949 |
| Lituanie | 59 (115) | 15,1 (44) | – | – | 200 630 |
| Luxembourg | 31 (12) | 24,9 (14) | 2009 | 4,5–6,9 | 361 392 |
| Hongrie | 4 (25) | 0,2 (2) | 2015 | 1 | 188 696 |
| Malte | 28 (8) | 0 (0) | – | – | 340 644 |
| Pays-Bas | 16 (182) | 0,1 (1) | 2008 | 0,2–0,2 | – |
| Autriche | 26 (152) | 2,6 (22) | – | – | 5 953 919 |
| Pologne | 9 (249) | 1 (37) | – | – | 10 142 |
| Portugal | 6 (39) | 4,2 (44) | 2012 | 1,9–2,5 | 1 004 706 |
| Roumanie | 2 (21) | 7,1 (142) | – | – | 1 425 592 |
| Slovénie | 22 (30) | 0,5 (1) | – | – | 500 757 |
| Slovaquie | 7 (27) | 0,6 (3) | – | – | 347 162 |
| Finlande | 43 (150) | 1,3 (7) | 2012 | 4,1–6,7 | 5 301 000 |
| Suède | 100 (618) | 1,5 (15) | 2008–11 | 1,3 | 281 397 |
| Royaume-Uni (²) | 60 (2 528) | 2,8 (182) | 2004–11 | 2,9–3,2 | – |
| Turquie | 10 (533) | 0,2 (13) | – | – | – |
| Norvège | 76 (257) | 1,5 (8) | 2014 | 2,2–3,0 | 2 500 192 |
| Union européenne | 21,3 (7 109) | 2,4 (1 233) | – | – | – |
| UE, Turquie et Norvège | 20,3 (7 899) | 2,1 (1 254) | – | – | – |

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 aux drogues.

(¹) Les données relatives aux seringues distribuées par des programmes spécialisés ont trait à l'année 2014.

(²) Données relatives aux seringues pour le Royaume-Uni: Angleterre, aucune donnée; Écosse, 4 376 456; Pays de Galles, 3 398 314 (2015 pour ces deux nations); Irlande du Nord, 292 390 (2014).

TABLEAU A7

SAISIES

| Pays | Héroïne | | Cocaïne | | Amphétamines | | MDMA | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| | Quantités saisies | Nombre de saisies | Quantités saisies | Nombre de saisies | Quantités saisies | Nombre de saisies | Quantités saisies | Nombre de saisies |
| | kg | comptage | kg | comptage | kg | comptage | comprimés (kg) | comptage |
| Belgique | 121 | 2 375 | 17 487 | 4 330 | 73 | 3 260 | 59 696 (9) | 1 739 |
| Bulgarie | 265 | – | 9 | – | 73 | – | 17 284 (<0,01) | – |
| République tchèque | 2 | 76 | 120 | 113 | 127 | 1 125 | 3 110 (0,4) | 133 |
| Danemark | 29 | 571 | 548 | 3 470 | 193 | 2 626 | 70 244 (10) | 1 005 |
| Allemagne | 210 | 3 061 | 3 114 | 3 592 | 1 423 | 13 680 | 967 410 (0) | 4 015 |
| Estonie | <0,01 | 2 | 4 | 60 | 119 | 391 | 41 549 (13) | 239 |
| Irlande | – | 758 | – | 364 | – | 63 | – (0) | 204 |
| Grèce | 567 | 2 957 | 102 | 575 | 3 | 118 | 300 (0) | 56 |
| Espagne | 256 | 7 755 | 21 621 | 38 273 | 360 | 4 500 | 135 110 (0) | 2 958 |
| France | 818 | 4 692 | 10 869 | 9 483 | 486 | 1 027 | 1 325 305 (0) | 1 592 |
| Croatie | 145 | 154 | 12 | 359 | 15 | 597 | – (7) | 747 |
| Italie | 768 | 2 230 | 4 035 | 5 403 | 26 | 278 | 17 573 (11) | 406 |
| Chypre | <0,01 | 8 | 107 | 95 | 1,68 | 55 | 173 (1) | 50 |
| Lettonie | 3 | 142 | 4 | 62 | 36 | 763 | 238 (3) | 154 |
| Lituanie | 2 | 368 | 533 | 16 | 62 | 205 | (1) | 11 |
| Luxembourg | 8 | 208 | 11 | 190 | 0,27 | 13 | 543 (0) | 14 |
| Hongrie | 12 | 48 | 31 | 153 | 34 | 706 | 56 420 (7) | 287 |
| Malte | 4 | 35 | 21 | 156 | <0,01 | 2 | 1 404 (0,01) | 46 |
| Pays-Bas | – | – | – | – | – | – | – (–) | – |
| Autriche | 70 | 605 | 120 | 1 190 | 70 | 1 088 | 10 148 (3) | 512 |
| Pologne | 4 | – | 219 | – | 747 | – | 120 886 (78) | – |
| Portugal | 97 | 763 | 6 029 | 1 079 | 2 | 111 | 35 484 (2) | 180 |
| Roumanie | 334 | 335 | 71 | 119 | 0,4 | 55 | 13 852 (0,1) | 280 |
| Slovénie | 6 | 273 | 3 | 178 | 3 | – | 2 908 (2) | – |
| Slovaquie | 3 | 63 | 2 | 42 | 5 | 819 | 1 460 (0) | 40 |
| Finlande | 0,4 | – | 9 | – | 300 | – | 23 660 (0) | – |
| Suède | 8 | 483 | 114 | 2 086 | 546 | 5 398 | 95 421 (35) | 2 095 |
| Royaume-Uni | 806 | 8 083 | 4 228 | 15 588 | 491 | 4 517 | 812 127 (2) | 3 030 |
| Turquie | 8 294 | 12 271 | 511 | 941 | 4 057 | 2 336 | 5 673 901 (0) | 5 012 |
| Norvège | 62 | 1 178 | 85 | 1 332 | 628 | 7 304 | 116 353 (27) | 1 241 |
| Union européenne | 4 537 | 36 045 | 69 421 | 86 976 | 5 196 | 41 397 | 3 812 305 (212) | 19 793 |
| UE, Turquie et Norvège | 12 893 | 49 494 | 70 017 | 89 249 | 9 880 | 51 037 | 9 602 559 (185) | 26 046 |

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

Toutes les données concernent 2015. Aucune donnée n'est disponible pour l'Écosse (Royaume-Uni).

TABLEAU A7

SAISIES (suite)

| Pays | Résine de cannabis | | Herbe de cannabis | | Plants de cannabis | |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| | Quantités saisies kg | Nombre de saisies comptage | Quantités saisies kg | Nombre de saisies comptage | Quantités saisies plants (kg) | Nombre de saisies comptage |
| Belgique | 7 045 | 5 569 | 764 | 26 401 | – (–) | – |
| Bulgarie | 13 | – | 1 176 | – | 9 811 (37 775) | – |
| République tchèque | 8 | 105 | 655 | 3 672 | 30 770 (0) | 361 |
| Danemark | 3 619 | 14 680 | 616 | 1 214 | 14 560 (464) | 545 |
| Allemagne | 1 599 | 6 059 | 3 852 | 32 353 | 154 621 (0) | 2 167 |
| Estonie | 812 | 21 | 60 | 597 | 0 (12) | 44 |
| Irlande | – | 192 | – | 1 049 | – (–) | 182 |
| Grèce | 330 | 542 | 2 474 | 5 499 | 59 242 (0) | 735 |
| Espagne | 380 361 | 164 760 | 15 915 | 156 984 | 379 846 (0) | 2 029 |
| France | 60 790 | 65 503 | 16 835 | 32 446 | 153 895 (0) | – |
| Croatie | 12 | 764 | 409 | 4 546 | 5 687 (0) | 270 |
| Italie | 67 825 | 7 684 | 9 286 | 5 838 | 138 013 (0) | 1 566 |
| Chypre | 3 | 21 | 226 | 777 | 2 814 (0) | 58 |
| Lettonie | 1 272 | 63 | 71 | 712 | – (20) | 17 |
| Lituanie | 591 | 32 | 143 | 456 | – (–) | – |
| Luxembourg | 1 | 130 | 20 | 1 040 | 81 (0) | 10 |
| Hongrie | 18 | 141 | 590 | 1 945 | 4 659 (0) | 127 |
| Malte | 70 | 132 | 4 | 106 | 28 (0) | 8 |
| Pays-Bas | – | – | – | – | 9 940 000 (0) | – |
| Autriche | 287 | 2 038 | 851 | 11 426 | – (687) | 379 |
| Pologne | 843 | – | 1 830 | – | 103 339 (0) | – |
| Portugal | 2 412 | 4 180 | 224 | 582 | 6 102 (0) | 298 |
| Roumanie | 5 | 178 | 180 | 1 987 | – (293) | 90 |
| Slovénie | 3 | 109 | 458 | 3 103 | 14 006 (0) | 167 |
| Slovaquie | 27 | 33 | 70 | 1 204 | 2 085 (0) | 35 |
| Finlande | 63 | – | 208 | – | 23 000 (125) | – |
| Suède | 1 065 | 8 897 | 1 054 | 9 619 | – (–) | – |
| Royaume-Uni | 7 219 | 5 959 | 30 680 | 100 811 | 399 230 (0) | 9 735 |
| Turquie | 7 855 | 3 750 | 45 816 | 29 652 | 0 (0) | 2 471 |
| Norvège | 2 015 | 11 394 | 255 | 4 411 | 0 (69) | 339 |
| Union européenne | 536 293 | 287 792 | 88 649 | 404 362 | 11 441 789 (39 376) | 18 823 |
| UE, Turquie et Norvège | 546 163 | 302 936 | 134 719 | 438 425 | 11 441 789 (39 445) | 21 633 |

Toutes les données ont trait à l'année 2015. Aucune donnée n'est disponible pour l'Écosse (Royaume-Uni).

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 drogues, les modes de consommation et les problèmes de santé publique ainsi que les politiques antidrogues et les réponses apportées au problème. Avec le [bulletin statistique](#) en ligne et un [Panorama national des drogues](#) pour chacun des 30 pays concernés, il compose le dossier du [Rapport européen sur les drogues 2017](#).

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 aux drogues 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.

