



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

FR

ISSN 2314-9108

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2018



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2018

| 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.

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, 2018

Print	ISBN 978-92-9497-323-8	ISSN 1977-9887	doi:10.2810/780274	TD-AT-18-001-FR-C
PDF	ISBN 978-92-9497-308-5	ISSN 2314-9108	doi:10.2810/381177	TD-AT-18-001-FR-N

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2018
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Cette publication doit être référencée comme suit: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2018), *Rapport européen sur les drogues 2018: Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbonne, Portugal

Tél.: +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 Comprendre les problèmes liés aux drogues en Europe et élaborer des réponses efficaces
19	CHAPITRE 1 L'offre de drogues et le marché
39	CHAPITRE 2 Usages de drogues: prévalence et tendances
59	CHAPITRE 3 Les problèmes liés aux drogues et les réponses apportées dans ce domaine
83	ANNEXE Tableaux de données nationales

Préface

C'est avec plaisir que nous vous présentons la dernière analyse de l'EMCDDA sur le phénomène de la drogue en Europe. *Le rapport européen sur les drogues 2018: Tendances et évolutions* offre des perspectives utiles sur les problèmes de la drogue en Europe et les réponses apportées. Ce rapport phare se fonde sur un examen attentif des données européennes et nationales mettant en évidence les questions et schémas et émergents. Il s'accompagne cette année, sur notre site web, de 30 panoramas nationaux des drogues et d'une documentation incluant des tableaux de données complets et des graphiques, qui offrent une vue d'ensemble pour chaque pays.

Notre rapport est destiné à proposer une vision complète à nos parties prenantes. Il donnera également l'alerte, à un stade précoce, au sujet des nouvelles tendances en matière de drogues, aidera à définir les priorités de la planification stratégique nationale et locale, permettra d'établir des comparaisons entre les pays, et soutiendra les évaluations grâce à l'apport de données sur les tendances. Ce rapport est complété par notre récente publication triennale, *Health and social responses to drug problems: a European guide 2017* (Réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogues: un guide européen).



Nous observons cette année, pour une vaste gamme de substances, les signes inquiétants d'une augmentation de la production de drogue, qui a désormais lieu en Europe, plus près des marchés de consommation. Les progrès technologiques facilitent cette évolution, et relie également les producteurs et les consommateurs de drogues européens aux marchés mondiaux, par l'intermédiaire du web de surface et du darknet. Nous notons également que l'augmentation de la production de cocaïne en Amérique du Sud a désormais des incidences sur le marché européen, ce qui provoque des risques accrus de problèmes de santé pour les utilisateurs et crée des obstacles plus complexes à l'action des services répressifs, car les trafiquants modifient et changent leurs routes d'approvisionnement. Par ailleurs, les preuves émergentes de la disponibilité et de la consommation croissantes de crack en Europe sont une source de préoccupation, et une surveillance doit être instaurée.



Les nouvelles substances psychoactives disponibles sur les marchés de la drogue européens continuent à poser des problèmes de santé publique et requièrent l'intervention des décideurs politiques. La législation récente de l'UE a renforcé l'échange d'informations sur les nouvelles substances qui apparaissent sur le marché et a réduit le temps nécessaire pour évaluer les risques de ces substances et les contrôler dans l'ensemble de l'Europe. Des opioïdes et des cannabinoïdes synthétiques très puissants provoquent des problèmes dans divers contextes, et dans le cas des dérivés du fentanyl, font courir des risques accrus aux consommateurs de drogues et aux intervenants de première ligne. Le traitement de ce problème a de nouveau attiré l'attention sur le rôle de la naloxone, antidote aux opiacés, dans les stratégies de réponse aux surdoses, et sur le niveau d'accès des consommateurs de drogues à ce médicament.

Selon nous, les menaces que constituent les drogues pour la santé et la sécurité publiques en Europe continuent à requérir une réponse pluridisciplinaire à un niveau élevé. Le nouveau plan d'action de l'UE adopté en 2017 sert de cadre à l'indispensable coopération européenne.

Notre rapport et l'analyse qu'il contient témoignent du soutien solide apporté par nos partenaires nationaux et institutionnels. Les contributions de nos points focaux nationaux du réseau Reitox et des experts nationaux nous permettent de dresser un panorama unique de l'état du phénomène de la drogue en Europe. Nous sommes également reconnaissants envers nos partenaires au niveau européen, en particulier la Commission européenne, Europol, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et l'Agence européenne des médicaments. Par ailleurs, nous remercions les réseaux spécialisés qui, en collaborant avec nous, nous ont permis d'introduire des données innovantes et élaborées dans notre rapport, dans les domaines de l'analyse des eaux usées, des enquêtes en milieu scolaire et des urgences hospitalières liées aux drogues.

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 annuel, 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 2016 (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. 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 Plus – 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

**Les évolutions observées
dans les pays européens
sont non seulement influencées
par les tendances mondiales
en matière de drogues,
mais ont également
une incidence sur ces dernières**

Comprendre les problèmes liés aux drogues en Europe et élaborer des réponses efficaces

Nous analyserons dans ce commentaire quelques-uns des principaux facteurs qui semblent influencer à la fois sur les tendances en matière de consommation de drogues observées en Europe en 2018 et sur les problèmes de santé, de société et de sécurité afférents. Pour débiter cette discussion, on peut faire le constat qu'aujourd'hui, du point de vue historique, non seulement le problème des drogues en Europe connaît une phase particulièrement dynamique, mais que de manière plus globale, les données suggèrent que les drogues sont fortement disponibles, voire, dans certaines régions, que leur disponibilité est en hausse. Cela pose une série de nouveaux enjeux de taille pour les réponses nationales et européennes existantes aux problèmes d'usage de drogues et aux problèmes liés aux drogues, dont certaines implications sont abordées ci-après.

Signes d'une hausse de la production de drogues en Europe

Les évolutions observées dans les pays européens sont non seulement influencées par les tendances mondiales en matière de drogues, mais ont également une incidence sur ces dernières. Pour certaines substances stimulantes synthétiques comme la MDMA, l'Europe est un producteur majeur qui exporte des produits et son expertise vers d'autres régions du globe. En ce qui concerne le cannabis, la production européenne a, dans une certaine mesure, évincé l'importation et semble avoir eu une incidence sur les modèles commerciaux des producteurs extérieurs. L'une des conséquences peut en être observée dans l'augmentation de la teneur en principe actif de la résine de cannabis qui est désormais importée en Europe.

S'agissant de la cocaïne et de l'héroïne, les deux autres principales drogues illicites d'origine végétale, la production demeure centralisée respectivement dans les pays d'Amérique latine et d'Asie. Les données mondiales suggèrent que la production de ces deux substances est en augmentation. La façon dont cela influe sur l'Europe mérite d'être examinée. Dans le cas de l'héroïne, bien que la drogue disponible dans la rue présente une pureté relativement élevée, son usage global reste stable, avec des niveaux d'entrée en consommation vraisemblablement faibles. À l'inverse, dans le cas de la cocaïne, plusieurs indicateurs affichent désormais une tendance à la hausse. Ce point sera examiné plus en détail par la suite. Toutefois, pour ces deux substances, les données sur les saisies semblent indiquer que la chaîne de production a connu de récentes

modifications susceptibles de répercussions majeures dans le futur. La transformation secondaire et l'extraction de cocaïne à partir de «matières de support» continuent d'être observées en Europe, tout comme l'importation d'importantes quantités de drogues dissimulées dans des conteneurs d'expédition. En ce qui concerne l'héroïne, un élément nouveau réside dans le fait que des laboratoires chargés de transformer la morphine en héroïne ont été découverts et démantelés dans plusieurs pays européens. À l'origine de cette situation figurent probablement la disponibilité plus grande et le coût significativement inférieur en Europe de l'anhydride acétique, un précurseur chimique clé dans la production d'héroïne, alors que les récoltes de pavot à opium augmentent. Cette évolution témoigne non seulement de la nature globalement décroisée des réseaux modernes de production de drogues, mais également de la nécessité de mettre en place des mesures de lutte contre les drogues (via le contrôle des précurseurs par exemple) dans une perspective globale.

De la même manière, si les efforts européens et internationaux déployés pour restreindre la production et la disponibilité des nouvelles substances psychoactives semblent désormais avoir certaines retombées, la fabrication de comprimés et la production de ces substances à l'intérieur des frontières de l'Europe ont également été signalées. À ce jour, ces évolutions dans la production de nouvelles drogues semblent limitées. Il n'en demeure pas moins que tout changement dans ce domaine peut avoir rapidement une incidence sur les problèmes liés aux drogues et, de ce fait, il convient de se montrer vigilant pour garantir que l'Europe est prête à mieux répondre à d'éventuelles menaces futures dans ce domaine.

Ventes sur Internet: l'Europe au sein d'un marché mondial

La vente de drogues sur Internet constitue une autre illustration pertinente de la façon dont un changement peut survenir rapidement et poser ainsi des difficultés pour les modèles politiques et de réponse existants ainsi que pour le contrôle des drogues. Un récent rapport conjoint de l'EMCDDA et d'Europol a analysé le rôle que jouent les fournisseurs et consommateurs européens dans ce marché mondial. Il a ainsi été estimé que les fournisseurs de l'Union européenne étaient responsables de près de la moitié des ventes de drogues sur le «darknet» entre 2011 et 2015. Les ventes en ligne sont actuellement faibles au regard du marché global des drogues illicites, mais elles semblent toutefois progresser. Tandis que l'attention est souvent portée sur le darknet, il apparaît aussi que pour les nouvelles substances psychoactives et les médicaments détournés de leur usage initial, les médias sociaux et le web de surface

peuvent se révéler tout aussi importants. Dans ce contexte, l'émergence de nouvelles substances associées aux benzodiazépines est tout particulièrement préoccupante. Depuis 2015, 14 nouvelles benzodiazépines ont été répertoriées par le système d'alerte précoce de l'Union européenne. Ces substances ne sont pas des médicaments autorisés dans l'Union européenne, et l'on dispose de très peu d'informations sur leur toxicologie; quoi qu'il en soit, les risques sont susceptibles d'aller en augmentant lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec des drogues illicites ou de l'alcool. La disponibilité des benzodiazépines, anciennes comme nouvelles, sur le marché des drogues illicites semble en augmentation dans certains pays, et le rôle essentiel de ces substances dans les décès par surdose d'opiacés est connu, bien que souvent négligé. De récentes indications montrant que l'usage de ces substances pourrait augmenter parmi les jeunes s'avèrent particulièrement préoccupantes, et il s'agit là d'une question qui nécessite des enquêtes plus approfondies, une considération politique accrue et davantage d'efforts de prévention. Une annexe du présent rapport disponible en ligne examine l'usage des benzodiazépines chez les usagers problématiques de drogues.

Les conséquences de la hausse de l'offre de cocaïne

L'augmentation de la production de cocaïne en Amérique latine semble désormais se faire ressentir sur le marché européen. Dans certains pays, l'analyse des eaux usées a permis d'alerter précocement quant à l'augmentation de la disponibilité et de l'usage de cette drogue, faits qui sont aujourd'hui corroborés par d'autres sources de données. Si les prix de la cocaïne sont restés stables, cela fait une dizaine d'années que la pureté de cette drogue se maintient au plus haut niveau en Europe. Historiquement, la majeure partie de la cocaïne entrant sur le territoire de l'Europe arrivait par la péninsule ibérique. Récemment, d'importantes saisies dans d'autres régions suggèrent un léger recul de cet itinéraire, la cocaïne étant de plus en plus acheminée en Europe via de grands ports à conteneurs. À cet égard, il convient de souligner qu'en 2016, la Belgique a devancé l'Espagne en termes de volume de cocaïne saisie.

De manière générale, les conséquences de l'usage de cocaïne sur la santé publique sont difficiles à évaluer dans la mesure où son rôle dans les problèmes aigus et les effets nocifs pour la santé sur le long terme est difficile à documenter et peut souvent passer inaperçu. On peut néanmoins s'attendre à une hausse du nombre de problèmes si la prévalence de l'usage, et plus particulièrement des habitudes de consommation à risque, augmente. Cette hypothèse semble corroborée par

l'augmentation du nombre de premières admissions en traitement spécialisé associées à la cocaïne, bien que ce nombre n'atteigne pas les niveaux élevés observés pour la dernière fois il y a dix ans. Il est par ailleurs troublant de constater, même si cela reste rare, une légère augmentation de l'usage de cocaïne basée-crack, et on peut redouter que ce phénomène ne se répande dans de nouveaux pays. La recherche d'un traitement effectif pour les consommateurs de cocaïne demeure nécessaire, y compris la réponse la mieux adaptée aux problèmes liés à l'usage de cocaïne susceptibles de coexister avec une dépendance aux opiacés.

Nouvelles substances psychoactives, toujours un défi pour la santé publique

Le succès du système d'alerte précoce de l'Union européenne illustre bien l'importance qu'il y a à se préparer face aux nouvelles substances psychoactives. Ce système, reconnu à l'échelle internationale et dont sont dépourvues d'autres zones géographiques, donne à l'Europe la capacité de détecter l'émergence de drogues et d'y répondre. Une législation de l'UE renforcée dans ce domaine a récemment été adoptée, permettant ainsi d'accélérer la transmission d'informations, tandis que de nouveaux fournisseurs de données continuent d'adhérer au système. Les nouvelles substances psychoactives représentent un défi en constante évolution pour la politique antidrogues. De manière générale, le système d'alerte surveille quelque 670 substances, 400 d'entre elles environ étant repérées chaque année. La liste des substances faisant leur apparition sur le marché des drogues continue de s'allonger, sachant qu'environ une nouvelle substance psychoactive est signalée chaque semaine en Europe. Bien que le nombre de nouvelles substances soit en diminution par rapport au pic atteint en 2015, les conséquences négatives de leur usage sur la santé publique restent élevées.

L'apparition en Europe d'opiacés de synthèse et de cannabinoïdes de synthèse associés à des décès et des intoxications aiguës a entraîné l'évaluation par l'EMCDDA d'un nombre sans précédent de substances au regard de leurs risques pour la santé publique. Cette procédure peut déclencher une réponse législative accélérée dans l'Union européenne. Des données ont également été communiquées à l'Organisation mondiale de la santé en 2017 et un contrôle international est désormais envisagé pour certaines de ces substances. Cinq dérivés du fentanyl ont été étudiés en 2017. Ces substances étaient disponibles sous un grand nombre de nouvelles formes, notamment sous la forme de pulvérisateurs nasaux. On les trouvait également parfois mélangées à d'autres drogues, comme l'héroïne ou la cocaïne, ou à des faux médicaments, ce qui

avait pour conséquence que, souvent, les usagers ignoraient qu'ils consommaient cette substance. L'émergence de ces drogues puissantes, souvent achetées sur Internet, pose d'importants problèmes tant pour les services de santé que pour les services répressifs. Ces substances sont faciles à transporter et à dissimuler, de petites quantités représentant souvent des centaines de milliers de doses pouvant potentiellement être revendues comme doses de rue. Sur le plan sanitaire, ces substances renforcent le nombre déjà considérable de décès associés à d'autres opiacés. Aux États-Unis, les dérivés du fentanyl contribuent désormais dans une large mesure à la crise des opiacés actuelle et, en très peu de temps, ils sont devenus les premières substances associées à la mortalité par surdose. Si, en Europe, nous ne sommes pas confrontés à un problème de même ampleur, le signalement à l'EMCDDA de cas de décès et de surdoses non mortelles associés au fentanyl et à des dérivés non réglementés du fentanyl vient souligner la nécessité d'une vigilance continue.

Les cannabinoïdes de synthèse de plus en plus associés à des problèmes sanitaires

Les signalements d'effets nocifs sur la santé associés aux nouveaux cannabinoïdes de synthèse ont donné lieu à quatre évaluations des risques supplémentaires par l'EMCDDA en 2017. Les cannabinoïdes de synthèse ont été associés à des décès et à des intoxications aiguës. Un récent rapport de l'EMCDDA a attiré l'attention sur les problèmes croissants pour la santé et la sécurité que génère l'usage de ces substances dans certaines prisons européennes. Il est également apparu que ces problèmes pouvaient parfois passer inaperçus du fait de la facilité avec laquelle ces substances peuvent faire l'objet de contrebande dans les prisons et des défis qui se posent pour détecter leur usage.

À l'origine, les cannabinoïdes de synthèse ont été commercialisés comme des solutions de remplacement légales à des dérivés naturels du cannabis. Or, ils sont différents à bien des égards. Davantage associés initialement à un usage récréatif, les cannabinoïdes de synthèse font désormais l'objet d'usages problématiques par des groupes sociaux plus marginalisés, comme les sans-abri, bien que, dans l'ensemble, notre compréhension des habitudes de consommation de ces drogues reste limitée. Les informations toutefois disponibles montrent que la prévalence de l'usage de cannabinoïdes de synthèse est généralement faible, mais que le potentiel de ces substances à porter préjudice est considérable. L'augmentation générale du nombre des décès liés à l'usage de drogues en Turquie, notamment liée à la consommation de cannabinoïdes de synthèse, illustre cette tendance.

L'évolution du marché du cannabis suscite de nouveaux enjeux politiques

Le cannabis demeure la drogue illicite la plus largement consommée en Europe. Sa prédominance ressort clairement du nombre de saisies, du nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants, des estimations de prévalence et des nouvelles demandes de traitement en lien avec le cannabis. Sur le continent américain, les évolutions observées, dont la légalisation dans certains États, ont conduit au développement rapide d'un marché commercial du cannabis. Cela s'est traduit par des innovations des formes sous lesquelles la substance est disponible ainsi que des systèmes d'administration pour sa consommation. Citons notamment les souches de plants de cannabis avec une teneur élevée en principe actif, les liquides pour cigarettes électroniques et les produits comestibles. Le marché légal de l'usage récréatif s'est accompagné de réglementations autorisant un accès au cannabis à des fins médicales ou thérapeutiques dans certaines juridictions. L'EMCDDA surveille ces évolutions, notamment via des synthèses explicatives sur ces politiques afin de mettre en lumière certaines des problématiques qu'elles soulèvent pour le débat en Europe. Parmi ces dernières figure la possibilité que certaines des nouvelles formes du cannabis apparaissent sur le marché européen des drogues.

Les évolutions constatées en Amérique du Nord ont suscité un regain d'intérêt pour le rôle que joue le cannabis dans la conduite sous influence de drogues. En 2017, l'EMCDDA a accueilli le troisième symposium international sur la conduite sous influence de drogues. Le rapport des experts internationaux assistant à cette réunion a mis en exergue les difficultés rencontrées pour élaborer des réponses politiques efficaces dans ce domaine, un sujet qui concerne tous les pays, indépendamment du statut légal de cette drogue.

Parmi les autres questions politiques importantes dans ce domaine, on retrouve celles relatives aux traitements appropriés pour les troubles associés au cannabis, celles sur la manière d'assurer une synergie avec les stratégies politiques de lutte contre le tabagisme ou encore sur ce qui constitue des approches de réduction des risques efficaces dans ce domaine. La prévalence de la consommation de cannabis en Europe reste élevée par comparaison avec le passé et de récentes augmentations ont été constatées dans certains États membres de l'Union européenne. La teneur en principe actif du produit, qui a considérablement augmenté au cours de ces dix dernières années, atteint également des niveaux élevés, qu'il s'agisse de l'herbe ou de la résine. Outre les problèmes de santé publique, l'incidence de cet important marché illégal sur la sécurité de la communauté et la manière dont il pourrait contribuer à financer la criminalité organisée constituent des sujets de

préoccupation. Compte tenu des nombreux enjeux, définir ce qui constitue la réponse la plus adaptée à l'usage de cannabis est une tâche d'une complexité et d'une importance croissantes. L'EMCDDA s'est engagé à mieux comprendre ces questions et à fournir les informations précises, scientifiques et objectives nécessaires à un débat éclairé sur les difficultés que pose cette question politique.

Réagir à la surdose d'opioïdes: le rôle de la naloxone

Les décès par surdose de drogues restent élevés en Europe et, dans la majorité des cas, ce sont des opioïdes qui sont impliqués. L'émergence de dérivés du fentanyl sur le marché européen des drogues vient appuyer les arguments déjà éloquentes en faveur d'un meilleur accès à la naloxone, un antagoniste des opioïdes. Il est de plus en plus attesté que la disponibilité croissante de cette substance combinée à une formation à la reconnaissance de la surdose et à la réponse à cette dernière peuvent contribuer à prévenir des décès parmi les usagers d'opioïdes. La fourniture de naloxone est de plus en plus reconnue dans de nombreux pays comme étant un élément important des stratégies nationales de réduction du nombre de surdoses. La disponibilité des dérivés du fentanyl accroît encore davantage les risques dans ce domaine en raison de leur teneur en principe actif et car ils peuvent être consommés par des individus n'ayant encore jamais fait usage d'opiacés ou présentent des risques pour ceux qui y sont accidentellement exposés dans le cadre de leur travail (les services répressifs par exemple). Ces évolutions mettent en lumière le besoin urgent de réviser les politiques en vigueur relatives à la naloxone et d'accroître la formation et la sensibilisation à la fois des usagers de drogues et des professionnels susceptibles d'être en contact avec ce produit. Ces révisions devront également tenir compte du fait que de nouvelles formulations non injectables (administrées au moyen de pulvérisateurs nasaux par exemple) pourraient faciliter l'utilisation de la naloxone dans des cas de figure plus variés.

Prisons: des lieux importants pour la mise en œuvre de réponses

Réagir à l'usage de drogues en milieu pénitentiaire fait partie des thèmes abordés dans la publication de l'EMCDDA intitulée *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogue: un guide européen). La sortie de prison constitue une période particulièrement problématique pour les anciens usagers d'opiacés. Pour parer à ce risque, un certain nombre de pays ont élaboré des programmes innovants mettant à disposition de la naloxone

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

Cannabis



Adultes (15 à 64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **24,0 millions**
7,2 %



Consommation au cours de la vie **87,6 millions**
26,3 %



Jeunes adultes (15 à 34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **17,2 millions**
14,1 %



Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée

La plus basse 3,5 % La plus élevée 21,5 %

Cocaïne



Adultes (15 à 64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **3,5 millions**
1,1 %



Consommation au cours de la vie **17,0 millions**
5,1 %



Jeunes adultes (15 à 34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **2,3 millions**
1,9 %



Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée

La plus basse 0,2 % La plus élevée 4,0 %

MDMA/ecstasy



Adultes (15 à 64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **2,6 millions**
0,8 %



Consommation au cours de la vie **13,5 millions**
4,1 %



Jeunes adultes (15 à 34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **2,2 millions**
1,8 %



Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée

La plus basse 0,2 % La plus élevée 7,4 %

Amphétamines



Adultes (15 à 64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **1,7 millions**
0,5 %



Consommation au cours de la vie **11,9 millions**
3,6 %



Jeunes adultes (15 à 34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **1,2 millions**
1,0 %



Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée

La plus basse 0 % La plus élevée 3,6 %

Opiacés



Usagers problématiques d'opiacés

1,3 millions

Demandes de traitement

Les opioïdes sont à l'origine de près de **36 %** de l'ensemble des demandes de traitement dans l'Union européenne



36 %

Surdoses mortelles

Des opioïdes sont impliqués dans **84 %** des surdoses mortelles



84 %

628 000

usagers d'opiacés ont reçu un traitement de substitution en 2016

Des opioïdes sont impliqués dans **84 %** des surdoses mortelles

Nouvelles substances psychoactives



Élèves scolarisés de 15 à 16 ans dans 24 pays européens

Consommation au cours de l'année écoulée **3,0 %**



Consommation au cours de la vie **4,0 %**



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

et une formation aux anciens détenus. Dans ce contexte, au-delà de la fourniture de la naloxone, le renvoi vers des services d'assistance sociale et des services communautaires de prise en charge est considéré comme une réponse essentielle. Cela souligne le rôle du système de droit pénal de manière générale et, plus spécifiquement, du cadre de la prison comme lieu clé où répondre aux problèmes des usagers de drogues en grande difficulté. Le fait d'évaluer les usagers de drogues et de répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux avant qu'ils ne sortent de prison peut générer d'importantes retombées pour la communauté.

À titre d'illustration, on peut citer l'apport potentiel généré par l'intensification du dépistage et du traitement des maladies infectieuses au sein de la population carcérale. L'Union européenne s'étant engagée à éliminer le virus de l'hépatite C, cela revêt désormais une importance particulière. En effet, cette infection se transmet surtout par l'injection de drogues. Si de nouveaux traitements efficaces sont aujourd'hui disponibles, s'assurer que les personnes contaminées par le virus ont accès à ces traitements relève toujours du défi. Les prisons et les services de prise en charge de l'usage de drogue jouent un rôle important dans le recensement des porteurs du VHC. En 2018, l'EMCDDA encouragera une nouvelle initiative visant à accroître la prise de conscience et à favoriser l'accès aux tests de dépistage et au traitement de l'hépatite C dans le but de faire face à ce problème majeur lié aux drogues.

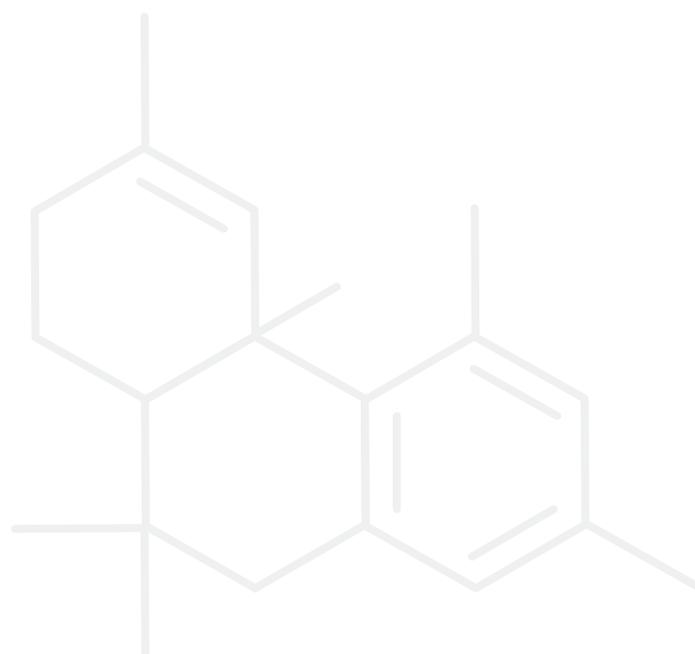
S'assurer que l'observation soit adaptée aux évolutions des problèmes liés aux drogues

Malgré l'amélioration des données sur la disponibilité des nouvelles substances psychoactives, il reste très difficile d'estimer la demande de ces substances en Europe. Ces difficultés se trouvent amplifiées dès lors que l'on tient compte du mésusage des médicaments détournés, des faux médicaments ou encore des médicaments non autorisés.

Il est important de noter ici que nos outils de suivi actuels pourraient ne pas être sensibles à certains changements essentiels observés dans les tendances de consommation des drogues. Il est nécessaire d'investir davantage dans les approches de suivi, existantes et nouvelles, notamment dans l'analyse des eaux usées, les enquêtes en ligne et les études de tendances, pour pouvoir suivre le rythme de ces changements. L'EMCDDA a récemment publié les résultats d'une évaluation annuelle des résidus de drogues dans les eaux usées recueillies dans les villes de 19 pays européens. Ces résultats attestent de l'utilité de ces sources d'informations complémentaires pour pouvoir identifier plus

rapidement certains changements moins perceptibles avec les sources de données plus traditionnelles.

En plus d'encourager le recueil de données en Europe, l'Union européenne contribue également à aider des pays tiers à élaborer leur propre capacité de suivi. Les initiatives à cette fin incluent des projets d'assistance technique financés par la Commission européenne pour des pays candidats à l'UE, des pays potentiellement candidats et des pays frontaliers. Ces activités sont importantes non seulement parce que les problèmes de drogues compliquent les problèmes sanitaires et sécuritaires rencontrés par les pays frontaliers de l'UE, mais également parce que les évolutions observées dans ces pays interagissent avec, et ont une incidence sur, les problèmes de drogues que nous rencontrons dans nos propres États membres. Ainsi, l'analyse rapportée dans ce Rapport européen sur les drogues admet explicitement que pour comprendre les enjeux actuels et futurs que suppose l'usage de drogues pour l'agenda politique européen en matière de santé et de sécurité, il est également nécessaire de saisir les dimensions mondiales de ce problème.



1

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

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 des 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 régions 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, notamment avec l'apparition d'une vaste palette de nouvelles substances psychoactives au cours de ces dix dernières années. 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 les innovations 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 notifiés au système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne par les partenaires nationaux de l'EMCDDA et d'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).

Les marchés des drogues illicites en Europe: des marchés complexes et ramifiés

Les marchés des drogues illicites sont des systèmes de production et de distribution complexes qui génèrent d'importantes sommes d'argent à divers niveaux. La nature de ce type de marché fait qu'il est difficile à surveiller. Cependant, une estimation prudente évalue le marché de détail des drogues illicites dans l'Union européenne à 24 milliards d'euros en 2013, le cannabis en générant la majeure partie (38 %), suivi de l'héroïne (28 %) puis de la cocaïne (24 %).

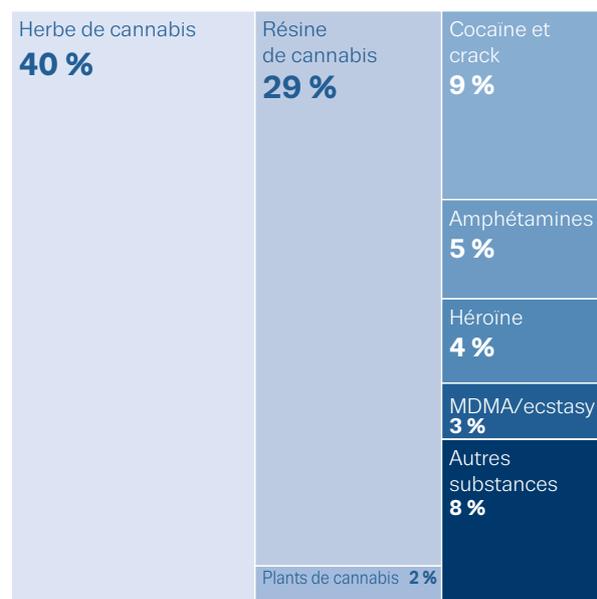
Si les marchés hors ligne continuent de prédominer, au cours de ces dernières années les marchés en ligne sont devenus de plus en plus importants servant de plateformes pour la commercialisation et la distribution de drogues illicites. De nouvelles opportunités pour le suivi d'un secteur d'activité du marché sont alors apparues. Une récente analyse menée par l'EMCDDA et Europol a permis d'identifier plus de 100 marchés du darknet dans le monde, sur lequel les vendeurs et les acheteurs ont recours à plusieurs technologies pour dissimuler leurs identités. On estime que deux tiers de l'ensemble des achats réalisés sur ces marchés étaient liés aux drogues. Les fournisseurs basés dans l'Union européenne ont généré près de 46 % des recettes des drogues sur ces marchés entre 2011 et 2015, la plupart étant le fait de vendeurs en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Les stimulants représentent la majorité de l'ensemble des ventes de drogues européennes réalisées sur le darknet. Les marchés du darknet facilitent principalement les ventes de faibles volumes ou les ventes directes aux consommateurs, quand bien même l'analyse d'un site, Alphabay, a révélé que, par rapport à d'autres drogues, les achats de MDMA seraient davantage destinés à la revente.

Plus d'un million de saisies de drogues illicites

Les saisies de drogues illicites par les services répressifs constituent un indicateur important des marchés des drogues, avec plus d'un million de saisies de drogues illicites signalées en 2016 en Europe. Dans la plupart des cas, il s'agit de petites quantités de drogues confisquées à des usagers. Toutefois, la majeure partie de la quantité totale de drogues saisie est constituée de colis de plusieurs kilogrammes confisqués aux trafiquants et aux producteurs. La plupart des saisies effectuées en Europe (plus de 70 % d'entre elles) concernent le cannabis (figure 1.1). Les trois pays à déclarer le plus grand nombre de saisies, représentant ensemble plus de 60 % de toutes les saisies dans l'Union européenne, sont l'Espagne, le Royaume-Uni et la France.

FIGURE 1.1

Nombre de saisies de drogue déclarées, ventilées par drogue, en 2016



Cependant, aucune donnée sur le nombre de saisies n'est disponible pour les Pays-Bas et la Pologne, et les données les plus récentes pour l'Allemagne, l'Irlande et la Slovénie remontent à 2015, ce qui ajoute une part d'incertitude à l'analyse.

Cannabis: les saisies de résine dominant, mais la quantité d'herbe augmente

L'herbe («marijuana») et la résine («haschisch») sont les deux principaux produits dérivés du cannabis présents sur le marché européen des drogues, tandis que l'huile de cannabis est comparativement plus rare. Les produits dérivés du cannabis constituent l'essentiel (38 %) du marché de détail des drogues illicites dans l'Union européenne, leur valeur minimale étant estimée à 9,3 milliards d'euros (fourchette probablement comprise entre 8,4 et 12,9 milliards d'euros). L'herbe de cannabis consommée en Europe est tantôt cultivée au sein des frontières de l'Europe, tantôt acheminée illégalement au départ de pays extérieurs. L'herbe de cannabis produite en Europe est principalement cultivée en intérieur (*indoors*). La résine de cannabis est certes de plus en plus produite en Europe, mais reste majoritairement importée, principalement du Maroc. Des signalements révèlent que la Libye est devenue une plaque tournante importante du trafic de résine. Enfin, les Balkans occidentaux constituent une source à la fois pour l'herbe et pour l'huile de cannabis.

En 2016, 763 000 saisies de produits dérivés du cannabis ont été déclarées dans l'Union européenne, parmi lesquelles

figuraient 420 000 saisies d'herbe, 317 000 saisies de résine et 22 000 saisies de plants. Depuis 2009, le nombre de saisies d'herbe de cannabis dépasse celui des saisies de résine et, depuis 2011, les tendances sont relativement stables en ce qui concerne à la fois les saisies d'herbe et de résine (figure 1.2). Néanmoins, la quantité de résine de cannabis saisie correspond à plus du triple de la quantité d'herbe de cannabis saisie (424 contre 124 tonnes). Cela tient en partie au fait que la majeure partie de la résine de cannabis est transportée en grosses quantités sur de longues distances et à travers les frontières nationales: elle est donc plus susceptible d'être interceptée. Un petit nombre de pays sont particulièrement importants pour 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 trois quarts (76 %) de la quantité totale saisie dans l'Union européenne en 2016 (figure 1.3).

L'augmentation des quantités d'herbe de cannabis saisies en 2016 s'explique en partie par les augmentations signalées en Espagne, en Grèce et en Italie. De plus, la Turquie a déclaré avoir saisi une plus grande quantité d'herbe de cannabis en 2016 (111 tonnes) qu'en 2015.

Les saisies de plants de cannabis peuvent être considérées comme un indicateur de la production de cette drogue dans un pays. Cependant, compte tenu des différences dans les pratiques de signalement ainsi que dans les priorités et ressources des services répressifs observées d'un pays à l'autre, l'interprétation des données sur les saisies de plants de cannabis doit être prudente. Le nombre de plants saisis en Europe a atteint un niveau record avec 11,5 millions en 2015 du fait de l'interdiction intensive aux Pays-Bas cette année-là, avant de chuter à 3,3 millions de plants en 2016, un niveau similaire aux années précédentes. En 2016, 1 200 saisies d'huile de cannabis ont été déclarées, soit près de quatre fois plus qu'en 2015, les quantités les plus

CANNABIS



RÉSINE

Saisies

Nombre

317 000 UE **332 000** UE + 2

Quantités

424 UE **463** UE + 2

Prix

(EUR/g)

25 €
9-13 €
2 €

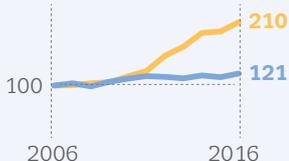
Teneur

(% THC)

27 %
14-21 %
7 %

Indices

Prix et teneur en principe actif



HERBE

Saisies

Nombre

420 000 UE **454 000** UE + 2

Quantités

124 UE **235** UE + 2

Prix

(EUR/g)

21 €
8-12 €
4 €

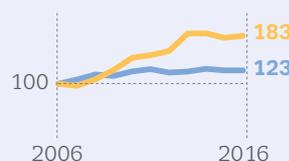
Teneur

(% THC)

18 %
9-12 %
2 %

Indices

Prix et teneur en principe actif



N.B.: UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et teneur en principe actif des dérivés du cannabis: valeurs moyennes nationales - minimale, maximale et écart interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.2

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

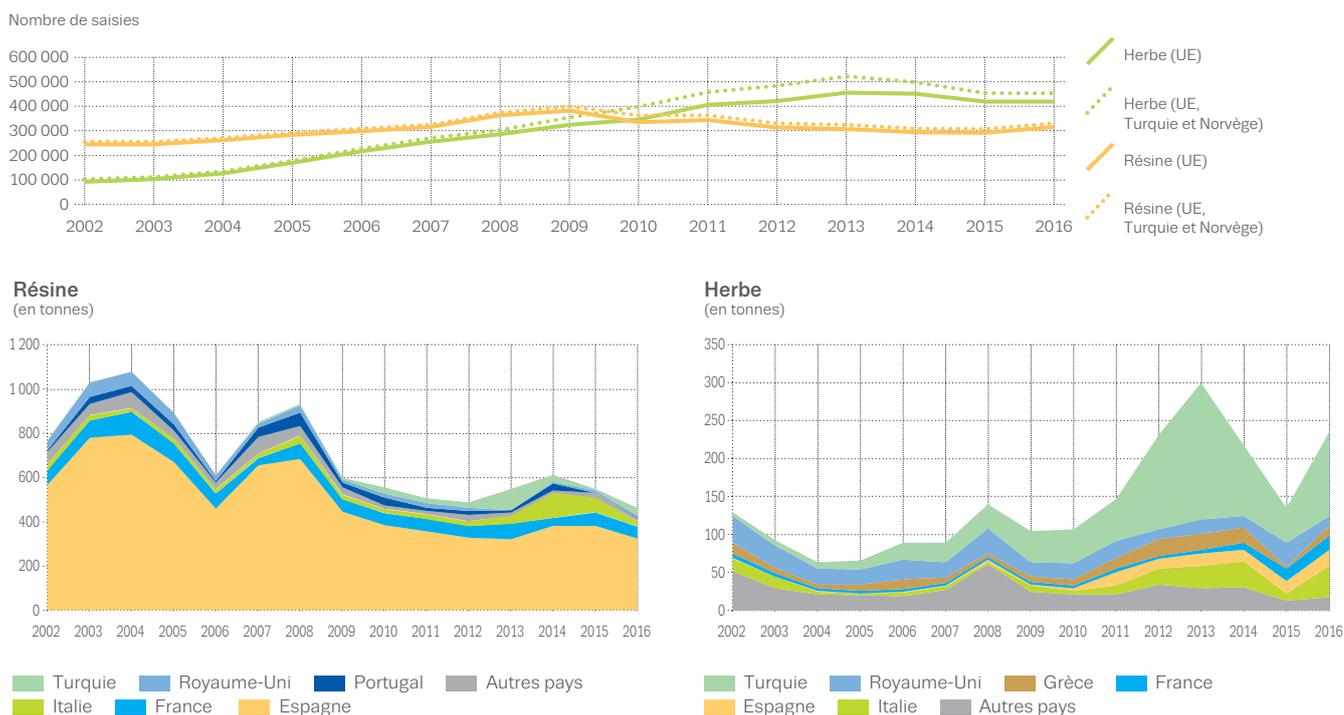
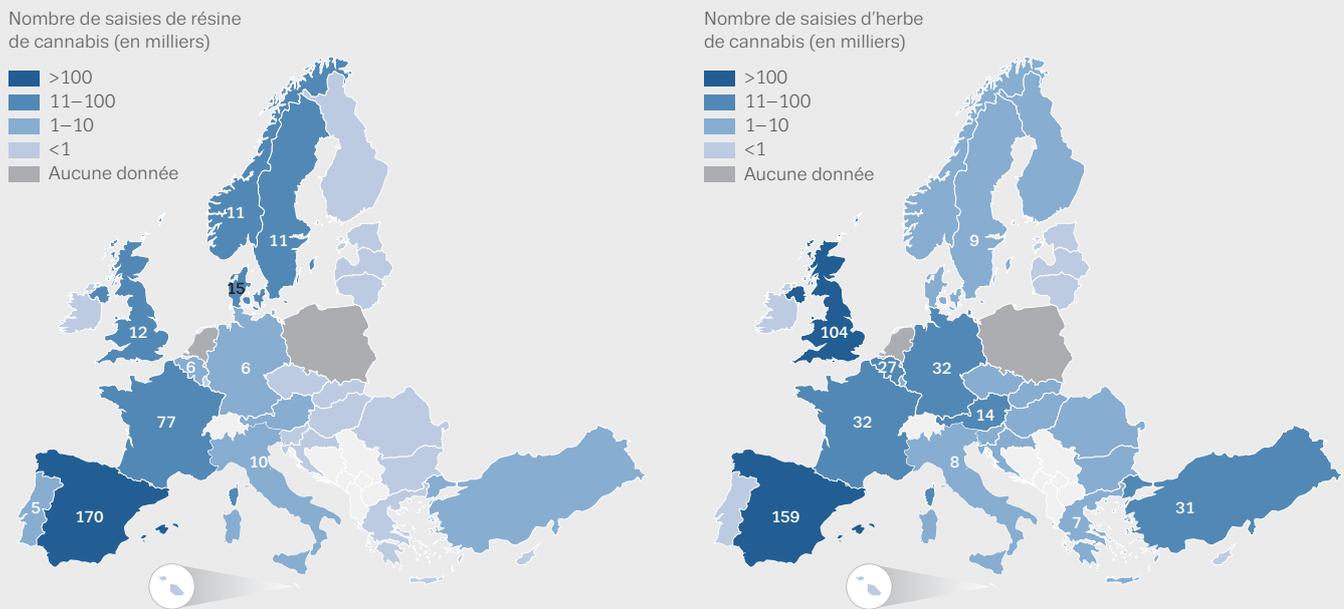


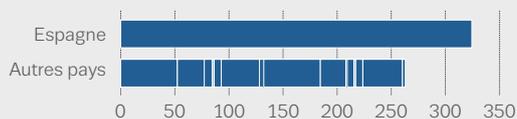
FIGURE 1.3

Saisies de résine et d'herbe de cannabis, 2016 ou année la plus récente disponible

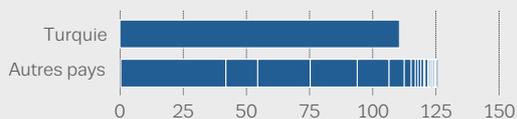


N.B.: nombre de saisies (en milliers) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Quantité de résine de cannabis saisie (en tonnes)



Quantité d'herbe de cannabis saisie (en tonnes)



importantes ayant été saisies en Turquie (53 litres) et au Danemark (14 litres).

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 depuis 2006. La teneur en principe actif de ces deux formes a augmenté jusqu'en 2013. Depuis lors, la teneur de l'herbe s'est stabilisée tandis que celle de la résine a continué d'augmenter. Les facteurs expliquant cette augmentation de la teneur en principe actif de la résine incluent l'utilisation de techniques de production intensive en Europe, l'introduction au Maroc de plants à forte teneur en principe actif et de nouvelles techniques, ainsi qu'une production de résine à base de nouvelles plantes hybrides ou à souches multiples. Selon les données disponibles, tandis qu'en moyenne, la résine affiche une teneur en principe actif plus élevée que l'herbe, toutes deux sont vendues à des prix similaires.

Quantités de saisies d'héroïne en déclin

L'héroïne est l'opiacé le plus répandu sur le marché des drogues de l'Union européenne, sa valeur au détail minimale étant estimée à 6,8 milliards d'euros (fourchette probablement comprise entre 6,0 et 7,8 milliards d'euros) en 2013. 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

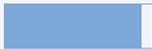
le passé, peut désormais être également produite en Afghanistan ou dans les pays voisins. Les autres opiacés disponibles sur les marchés illicites incluent l'opium et des médicaments: morphine, méthadone, buprénorphine haut dosage, tramadol et divers dérivés du fentanyl. Certains opioïdes peuvent être détournés du système de distribution pharmaceutique légal, tandis que d'autres 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 Iran et au Pakistan voisins. Jusqu'à récemment, la production d'opiacés illicites en Europe se limitait aux produits artisanaux à base de pavot élaborés dans certains pays orientaux. La découverte de plusieurs laboratoires transformant la morphine en héroïne aux Pays-Bas, en Espagne et en République tchèque ces dernières années semble indiquer que de l'héroïne est produite en Europe. Ce changement peut traduire la volonté des fournisseurs de réduire les coûts en réalisant eux-mêmes les dernières étapes de la production d'héroïne en Europe, où des précurseurs comme l'anhydride acétique peuvent être obtenus à des prix plus bas que dans les pays producteurs d'opium. La fabrication de la drogue à proximité du marché de consommation peut aussi avoir pour objectif de réduire les risques liés aux interdictions.

HÉROÏNE

Saisies

Nombre

38 000 UE  **47 000** UE + 2

Quantités

4,3 UE  **9,9** UE + 2

Prix

(EUR/g)

140 €
35-65 €
22 €

Indices

Prix et pureté



Pureté

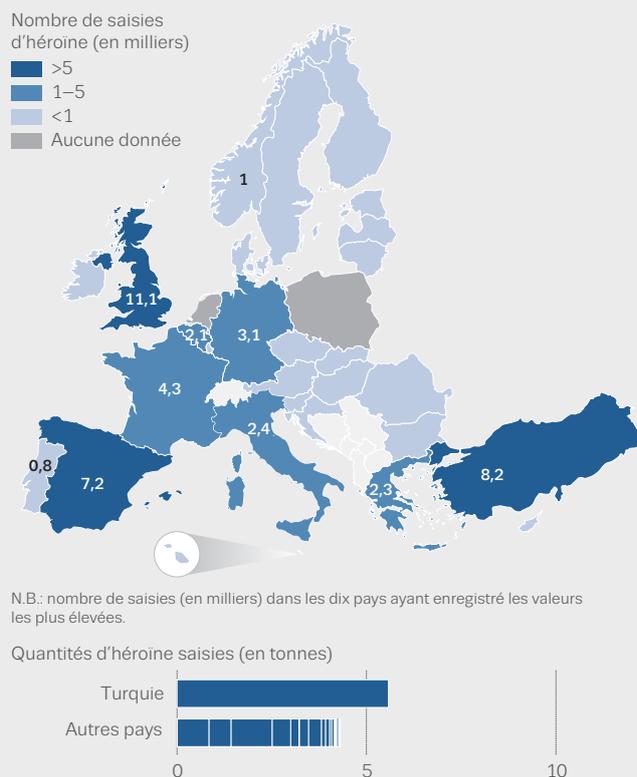
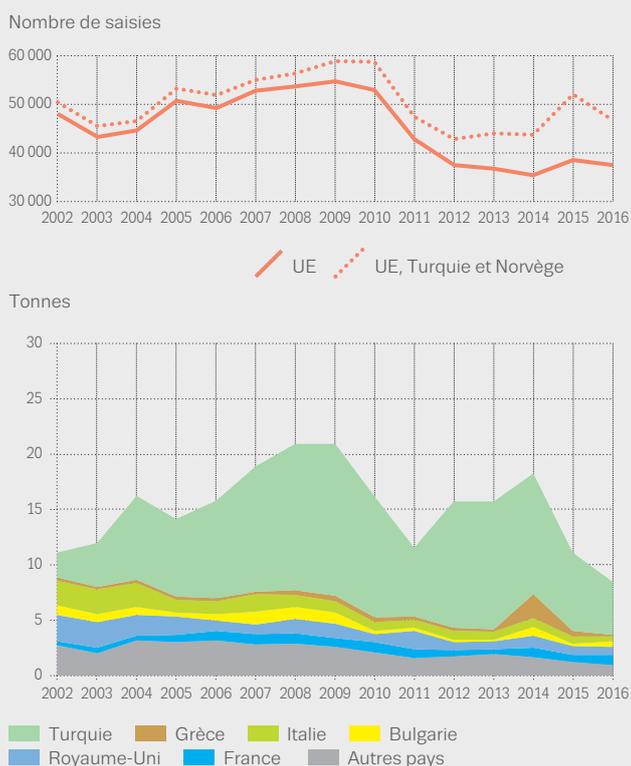
(%)

41 %
15-29 %
11 %

N.B.: UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de l'héroïne brune: valeurs moyennes nationales - minimale, maximale et écart interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.4

Nombre de saisies d'héroïne et quantités saisies: tendances en 2016 ou année la plus récente disponible



On dénombre quatre principaux axes de trafic de l'héroïne en Europe, les deux plus importants 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'Irak 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. La «route du Nord» ainsi qu'une voie traversant le sud du Caucase et la mer Noire figurent parmi les autres itinéraires.

Dans un certain nombre de pays européens, les marchés des drogues ont connu une baisse de la disponibilité de l'héroïne en 2010/2011, ce qui s'est traduit par une réduction globale du nombre de saisies de 2009 à 2014, avant une stabilisation en 2015 et 2016. Entre 2002 et 2014, la quantité d'héroïne saisie au sein de l'Union européenne a été divisée par deux, passant de 10 à 5 tonnes, puis s'est

TABLEAU 1.1

Saisies d'opioïdes autres que l'héroïne en 2016

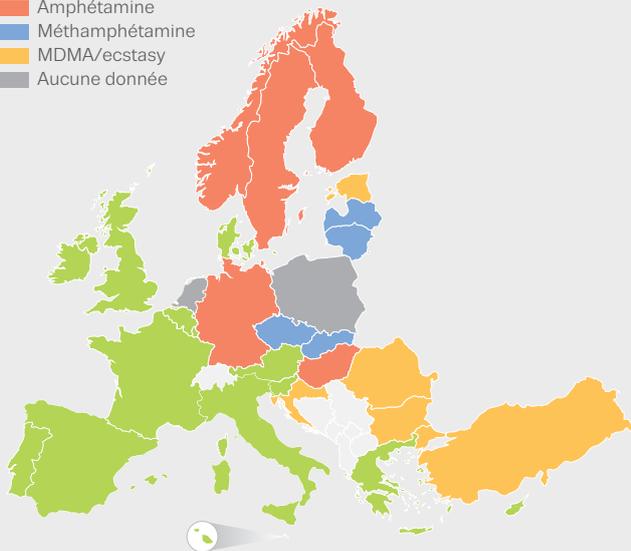
Opioïdes	Nombre	Quantités			Nombre de pays
		Kilogrammes	Litres	Comprimés	
Méthadone	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprénorphine haut dosage	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Dérivés du fentanyl	738	1,55	1,2	11 792 (*)	12
Morphine	225	11,08		4 201	13
Opium	335	327,5			10
Codéine	339	20,65		9 506	9
Oxycodone	12	0,005		107	6

(*) Patch ou buvards.

FIGURE 1.5

Stimulants les plus fréquemment saisis en Europe, en 2016 ou données les plus récentes disponibles

- Cocaine
- Amphétamine
- Méthamphétamine
- MDMA/ecstasy
- Aucune donnée



stabilisée ces dernières années, avec 4,3 tonnes déclarées en 2016. La Turquie continue de saisir davantage d'héroïne que tous les pays européens réunis (figure 1.4), même si la quantité d'héroïne saisie en Turquie est passée de 8,3 tonnes en 2015 à 5,6 tonnes en 2016. Parmi les pays qui effectuent des signalements systématiques, les tendances semblent indiquer qu'après un creux en 2012 suivi d'une rapide augmentation, la pureté de l'héroïne en Europe a diminué en 2016 par rapport à 2015, tout comme son prix qui a baissé au cours de la dernière décennie.

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: le tramadol, la buprénorphine haut dosage et la méthadone (voir tableau 1.1). En 2016, un accroissement important du nombre de comprimés de tramadol saisis a été observé. De même, des quantités bien plus importantes de dérivés du fentanyl ont été saisies.

Le marché européen des stimulants: différences régionales

Les principaux stimulants illicites disponibles en Europe sont la cocaine, l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA/ecstasy. La valeur au détail estimée du marché des stimulants dans l'Union européenne était comprise entre 6,3 et 10,2 milliards d'euros en 2013. 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 cocaine est le stimulant le plus fréquemment saisi dans de nombreux pays occidentaux et méridionaux; les saisies d'amphétamines et de MDMA/ecstasy, elles, sont prédominantes en Europe septentrionale et orientale.

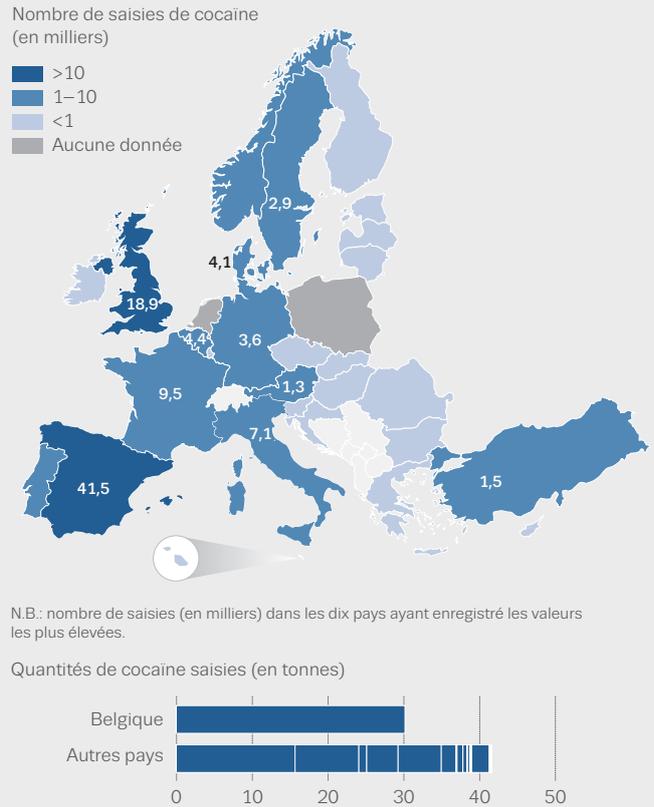
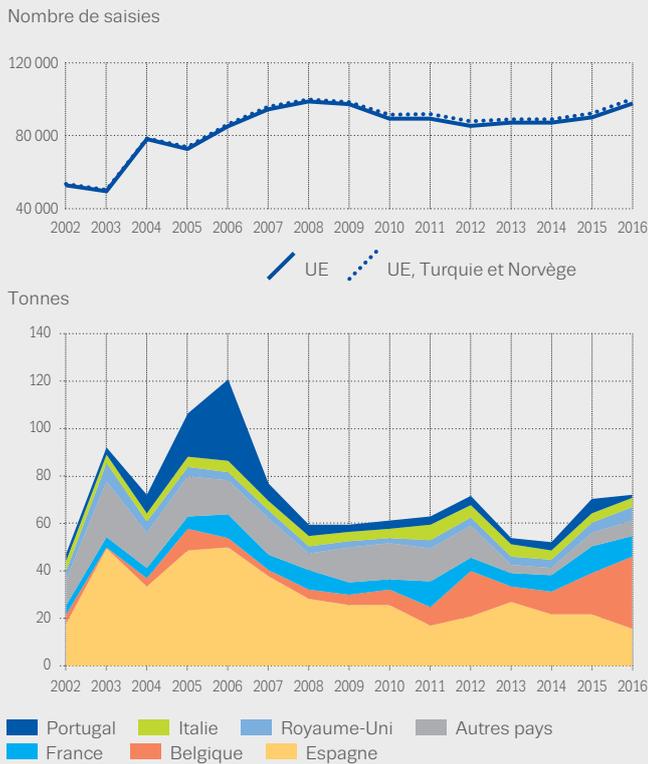
Marché de la cocaine: la reprise continue

Deux formes de cocaine sont disponibles en Europe, dont la plus commune est la cocaine en poudre (forme chlorhydrate). Le crack (cocaine basée ou free base), plus rare, est une forme à fumer. Produite à partir des feuilles de coca, la cocaine est principalement cultivée en Bolivie, en Colombie et au Pérou. Les méthodes utilisées pour la transporter vers l'Europe varient: vols aériens de passagers, fret aérien, services postaux, aéronefs privés, yachts et conteneurs maritimes. La valeur du marché de détail de la cocaine dans l'Union européenne a été estimée à au moins 5,7 milliards d'euros en 2013.

L'héroïne est l'opiacé le plus répandu sur le marché des drogues de l'Union européenne

FIGURE 1.6

Nombre de saisies de cocaïne et quantités saisies: tendances en 2016 ou année la plus récente disponible



Au total, quelque 98 000 saisies de cocaïne ont été signalées dans l'Union européenne en 2016, pour un total de 70,9 tonnes. En comparaison avec l'année précédente, la quantité de cocaïne saisie en 2016 a légèrement augmenté, et le nombre de saisies a connu une augmentation plus marquée (voir la figure 1.6). Avec 30 tonnes environ de

cocaïne saisie ou 43 % du total des saisies estimées dans l'Union en 2016, la Belgique a supplanté l'Espagne (15,6 tonnes) en tant que pays déclarant le nombre de saisies de drogues annuelles le plus élevé. Des saisies totales de plus de 5 tonnes de drogue ont également été signalées par la France (8,5 tonnes) et le Royaume-Uni

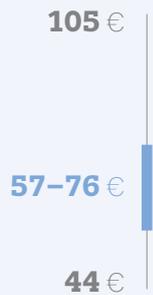
COCAÏNE

Saisies



Prix

(EUR/g)



Pureté

(%)

Indices

Prix et pureté



N.B.: UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de la cocaïne: valeurs moyennes nationales - minimale, maximale et écart interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

(5,7 tonnes). Globalement, les tendances semblent indiquer que l'augmentation de la pureté de la cocaïne observée depuis 2010 s'est poursuivie en 2016, pour atteindre un niveau record au cours de la dernière décennie.

D'autres produits à base de coca ont été saisis en Europe en 2016, dont 569 kg de liquide contenant de la cocaïne et 3 kg de feuilles de coca. En outre, la saisie de 79 kg de pâte de coca en Espagne et de 7 kg supplémentaires en Italie suggère l'existence de laboratoires clandestins produisant du chlorhydrate de cocaïne en Europe. Cette évolution traduit un changement dans les stratégies de production de certaines organisations criminelles dans la mesure où, auparavant, la plupart des laboratoires de cocaïne 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.

Production de drogues: l'évolution chimique des précurseurs

Les précurseurs de drogues sont des produits chimiques essentiels à la fabrication des drogues illicites. Comme beaucoup d'entre eux ont des usages licites, il ne sont pas soumis à des interdictions, mais leur commerce est suivi et encadré au moyen des réglementations européennes, lesquelles classifient certains produits chimiques (c'est-à-dire en les ajoutant à la liste des substances réglementées).

La disponibilité des précurseurs a une incidence majeure sur le marché des drogues de synthèse ainsi que sur les méthodes de production utilisées dans les laboratoires clandestins. Les techniques de production évoluent constamment pour contourner les mécanismes de contrôle, les changements incluant généralement l'utilisation de substances chimiques non réglementées pour produire des drogues de synthèse ou leurs précurseurs. La récente découverte du N-t-BOC-MDMA (N-tert-butyloxycarbonyl-MDMA) en est un exemple. La transformation ultérieure de ces substances requiert davantage de substances chimiques et génère davantage de déchets, ce qui peut avoir des conséquences sur l'environnement.

Les données sur les saisies et les cargaisons de précurseurs de drogues interceptées confirment l'usage tant de substances chimiques classifiées que de substances chimiques non réglementées pour la production de drogues illicites dans l'Union européenne, en particulier pour les amphétamines et la MDMA (tableau 1.2). La classification du précurseur du BMK (benzylméthyl-cétone), l'APAAN (alpha-phénylacétoacétonitrile), à la fin de 2013, continue d'avoir des effets, les quantités saisies passant de 48 000 kg en 2013 à près de 600 kg en 2016. Les saisies de produits chimiques de substitution tels que l'APAA (alpha-phénylacétoacétamide) et des dérivés glycidiques du BMK, qui peuvent également être facilement transformés en BMK, ayant été signalées pour la première fois en 2015, ont fortement augmenté en 2016.

TABLEAU 1.2

Synthèse des saisies et cargaisons interceptées de précurseurs réglementés dans l'UE et de substances chimiques non réglementées utilisés dans la fabrication de certaines drogues de synthèse dans l'Union européenne, 2016

Réglementé(e)/Non réglementé(e)	Saisies		Cargaisons interceptées		TOTAUX	
	Nombre	Quantités	Nombre	Quantités	Nombre	Quantités
MDMA ou substances apparentées						
PMK (en litres)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrole (en litres)	5	63	0	0	5	63
Pipéronal (en kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Dérivés glycidiques du PMK (en kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (en kg)	1	123	0	0	1	123
Amphétamine et méthamphétamine						
Éphédrine, en vrac (en kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (en litres)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoéphédrine, en vrac (en kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (en kg)	7	597	0	0	7	597
APA, acide phénylacétique (en kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (en kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Dérivés glycidiques du BMK (en kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Les saisies de PMK (pipéronyle-méthyl-cétone) et de substances chimiques non réglementées pour la production de MDMA/ecstasy ont été plus nombreuses en 2016. Les saisies de PMK en France, de dérivés d'acide glycidique de PMK en Bulgarie et les cargaisons interceptées de précurseurs en Espagne indiquent que les axes de trafic sont en phase de diversification.

Amphétamine et méthamphétamine: le nombre des saisies reste stable

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.

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 et en Allemagne. Certains de ces pays ont fait état du démantèlement de laboratoires dans lesquels la phase finale de production, à savoir la conversion de l'huile d'amphétamine «base» en sulfate d'amphétamine, était réalisée. Cela témoigne d'un transfert de cette phase du processus de fabrication qui s'expliquerait par le fait que certains groupes préfèrent s'adonner au trafic de liquides plutôt qu'à celui du produit fini afin d'éviter les interdictions.

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

AMPHÉTAMINES



AMPHÉTAMINE

Saisies

Nombre

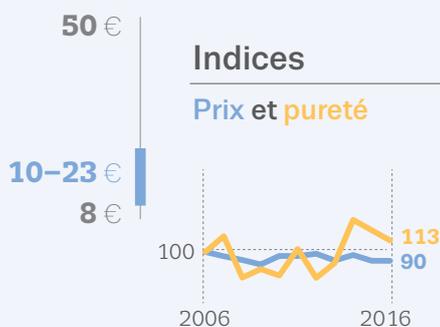
34 000 UE **39 000** UE + 2

Quantités

5,7 UE **9,5** UE + 2

Prix

(EUR/g)



Pureté

(%)

61 %
20-31 %
14 %

MÉTHAMPHÉTAMINE

Saisies

Nombre

9 000 UE **14 000** UE + 2

Quantités

0,5 UE **0,8** UE + 2

Prix

(EUR/g)

170 €
19-71 €
15 €

Pureté

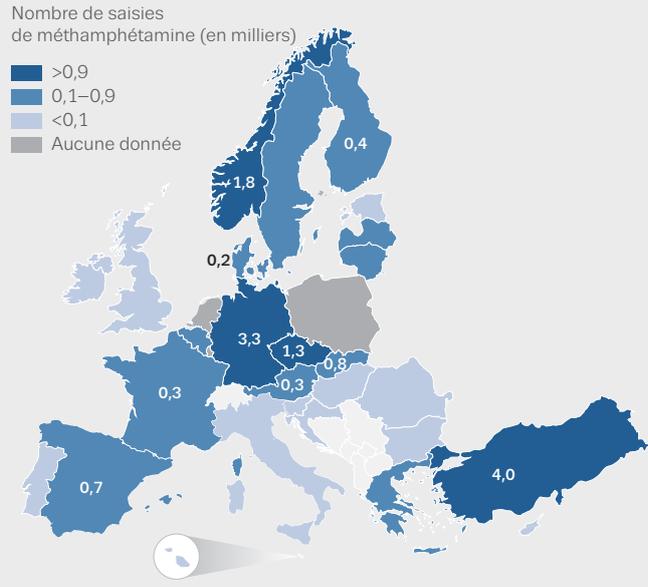
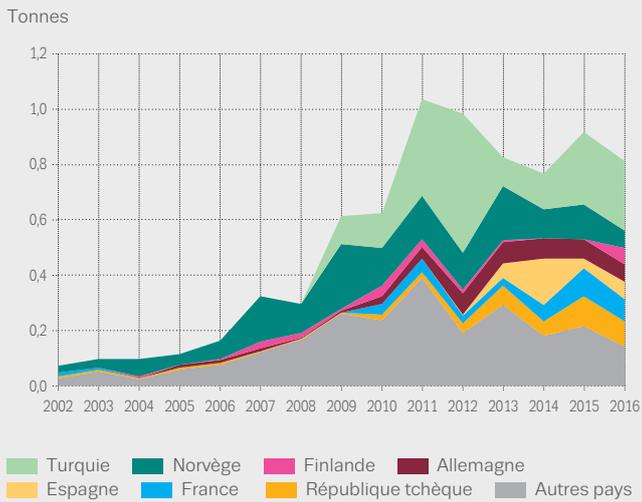
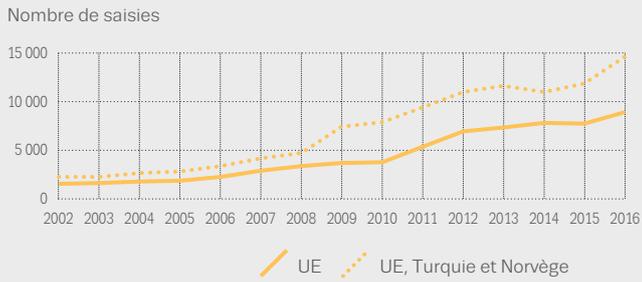
(%)

73 %
25-58 %
22 %

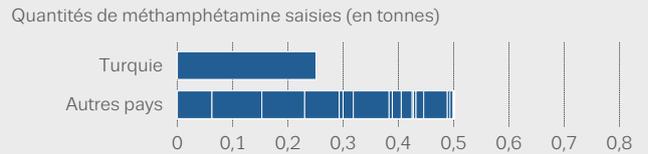
N.B.: UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté des amphétamines: valeurs moyennes nationales - minimale, maximale et écart interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur. Aucune tendance n'est disponible pour la méthamphétamine.

FIGURE 1.8

Nombre de saisies de méthamphétamine et quantités saisies: tendances en 2016 ou année la plus récente disponible



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



MDMA: une production et des saisies en hausse

La MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) 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. En 2013, le marché de détail de la MDMA/ecstasy dans l'Union

MDMA/ECSTASY

Saisies

Nombre

24 000 UE 31 000 UE + 2

Quantités

5,3 UE 9,1 UE + 2

295 UE 306 UE + 2

Prix

(EUR/comprimé)

16 €

6-11 €

4 €

Pureté

(mg MDMA/comprimé d'ecstasy)

168

86-152

41

Indices

Prix et pureté

238

83

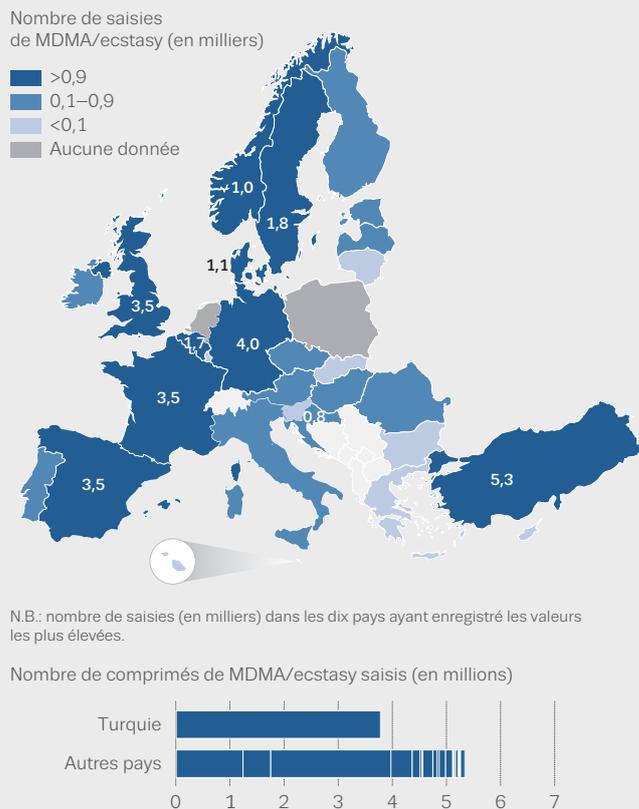
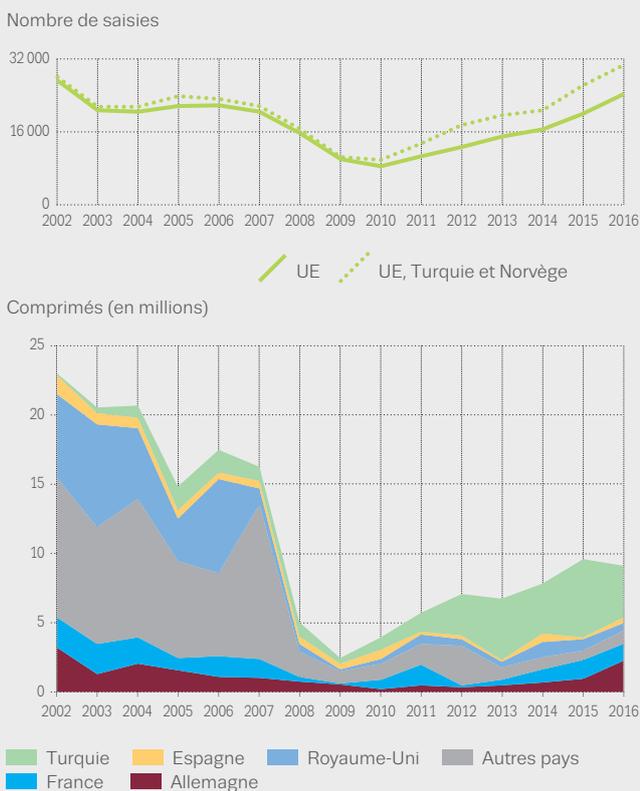
2006

2016

N.B.: UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de la MDMA: valeurs moyennes nationales - minimale, maximale et écart interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.9

Nombre de saisies de MDMA/ecstasy et quantités saisies: tendances en 2016 ou année la plus récente disponible



européenne était estimé à 0,7 milliard d'euros environ. 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 teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy n'a cessé d'augmenter depuis 2009, et les fortes quantités de MDMA présentes dans certains lots ont été la cause de problèmes de santé et de décès.

La production de MDMA en Europe se concentre principalement aux Pays-Bas et en Belgique, 11 laboratoires de MDMA ayant été démantelés dans l'Union européenne en 2016 (10 aux Pays-Bas et 1 en Belgique), soit plus du double par rapport à 2015. La MDMA produite en Europe est également exportée vers d'autres régions du monde; par exemple, les services de police australiens ont fait savoir que la plus grande quantité de MDMA/ecstasy saisie en une fois en Australie en 2016 (1,2 tonne) provenait d'Europe.

Il est difficile d'évaluer les tendances récentes en matière de saisies de MDMA/ecstasy en raison de l'absence de données en provenance de certains pays susceptibles de contribuer largement à ce total. Pour 2016, aucune donnée n'est disponible pour les Pays-Bas et le nombre de saisies n'est pas disponible pour l'Allemagne et la Pologne. Dans

ce contexte d'absence des contributions importantes de ces pays, la quantité de MDMA saisie dans l'Union européenne en 2016 a augmenté et est estimée à 5,3 millions de comprimés d'ecstasy et à 295 kg de MDMA en poudre.

Le nombre total de saisies de MDMA/ecstasy déclarées dans l'Union européenne n'a cessé d'augmenter depuis 2010, tout comme la quantité saisie sur plus ou moins la même période, malgré des fluctuations d'une année sur l'autre. De grandes quantités de MDMA ont également été saisies en Turquie, de l'ordre de 3,8 millions de comprimés en 2016 (figure 1.9). Les tendances montrent que la teneur en MDMA des comprimés saisis a considérablement augmenté ces dernières années.

Saisies de LSD, de GHB et de kétamine

Des saisies d'autres drogues illicites ont été signalées dans l'Union européenne, dont quelque 1 700 saisies de LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) en 2016, soit 97 000 unités. Le nombre total de saisies de LSD a quasiment doublé depuis 2010, bien que la quantité saisie ait fluctué. Quatorze pays de l'Union européenne ont déclaré environ 1 800 saisies de kétamine pour un total

de 83 kg de drogue (selon les estimations), l'essentiel des saisies ayant eu lieu au Danemark, en Italie et au Royaume-Uni. La Norvège a également signalé un petit nombre de saisies de kétamine (50 saisies pour un total de 0,2 kg). En 2016, des saisies de GHB (gamma-hydroxybutyrate) ou de GBL (gamma-butyrolactone) ont été déclarées par 13 pays de l'UE, ainsi que par la Norvège et la Turquie. Au total, on estime que les 1 700 saisies estimées prises dans leur ensemble représentent près de 360 kg et 1 400 litres de cette drogue, la Norvège représentant à elle seule plus d'un quart du nombre total des saisies.

Nouvelles substances psychoactives: un marché complexe

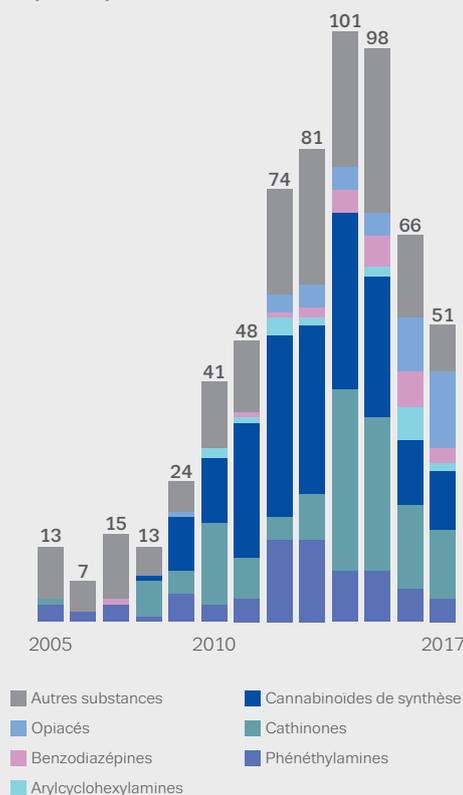
À la fin 2017, l'EMCDDA surveillait plus de 670 nouvelles substances psychoactives qui avaient été identifiées en Europe. Ces substances, qui ne sont pas assujetties aux mesures de contrôle internationales, couvrent une vaste gamme de produits, tels que des cannabinoïdes de synthèse, des stimulants, des opioïdes 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.

Dans nombre de cas, les nouvelles substances sont produites en vrac par des entreprises chimiques et des sociétés pharmaceutiques en Chine. Elles sont ensuite expédiées vers l'Europe, où elles sont transformées en produits finis, conditionnées et vendues. Par ailleurs, 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 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 dans des magasins physiques spécialisés et sur le web de surface, souvent en tant qu'«euphorisants légaux». Elles sont également vendues sur les marchés du darknet et sur le marché illicite, parfois sous leur nom véritable et parfois, de façon trompeuse, sous le nom d'une drogue illicite comme héroïne, cocaïne, ecstasy ou benzodiazépines.

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, 2005-2017



Près de 70 % des nouvelles substances identifiées via le système d'alerte précoce de l'Union européenne ont été détectées au cours des cinq dernières années. En 2017, 51 nouvelles substances ont été détectées pour la première fois en Europe. Ce chiffre est inférieur à celui des cinq années précédentes et représente une diminution par rapport aux niveaux maximaux d'environ 100 nouvelles identifications chaque année atteints en 2014 et 2015. 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. Autre facteur important: le fait que la Chine a pris des mesures de contrôle et mené des opérations répressives ciblant les laboratoires qui produisent de nouvelles substances.

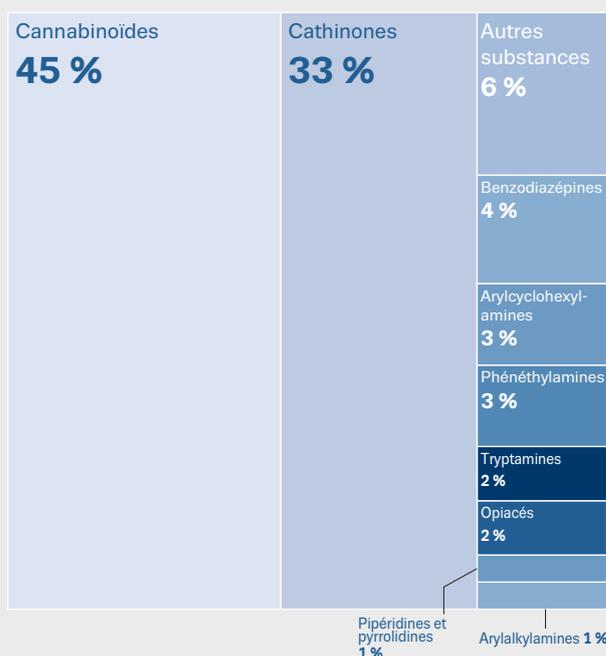
Le nombre de nouvelles substances détectées pour la première fois chaque année ne constitue que l'un des nombreux indicateurs que l'EMCDDA utilise pour comprendre le marché global. À titre d'exemple, pour illustrer à quel point ce marché est devenu complexe, plus de 50 % (369) des nouvelles substances qui sont actuellement surveillées étaient encore présentes sur le marché européen des drogues en 2016.

FIGURE 1.11

Nombre de saisies de nouvelles substances psychoactives répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne: tendances et répartition par catégorie en 2016



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



Saisies de nouvelles substances psychoactives: les cathinones et cannabinoïdes de synthèse continuent de prédominer

En 2016, près de 71 000 saisies de nouvelles substances psychoactives ont été signalées via le système d'alerte précoce de l'Union européenne (figure 1.11). Ensemble, les cathinones de synthèse et les cannabinoïdes de synthèse représentent près de 80 % de l'ensemble des saisies et 80 % des quantités totales de nouvelles substances saisies en 2016. Une diminution globale des quantités saisies a été observée en 2016 par rapport à l'année précédente. Les quantités de cathinones de synthèse, de benzodiazépines et d'opiacés de synthèse saisis ont cependant augmenté. 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, 38 nouveaux opiacés ont été détectés sur le marché européen des drogues depuis 2009 et treize de ces substances ont été signalées pour la première fois en 2017. Parmi ces opiacés figurent 28 dérivés du fentanyl,

dont dix ont été signalés pour la première fois en 2017. Bien que les nouveaux dérivés du fentanyl ne soient encore guère présents sur le marché européen des drogues, ils affichent une forte teneur en principe actif et constituent une grave menace pour la santé individuelle comme pour la santé publique en général.

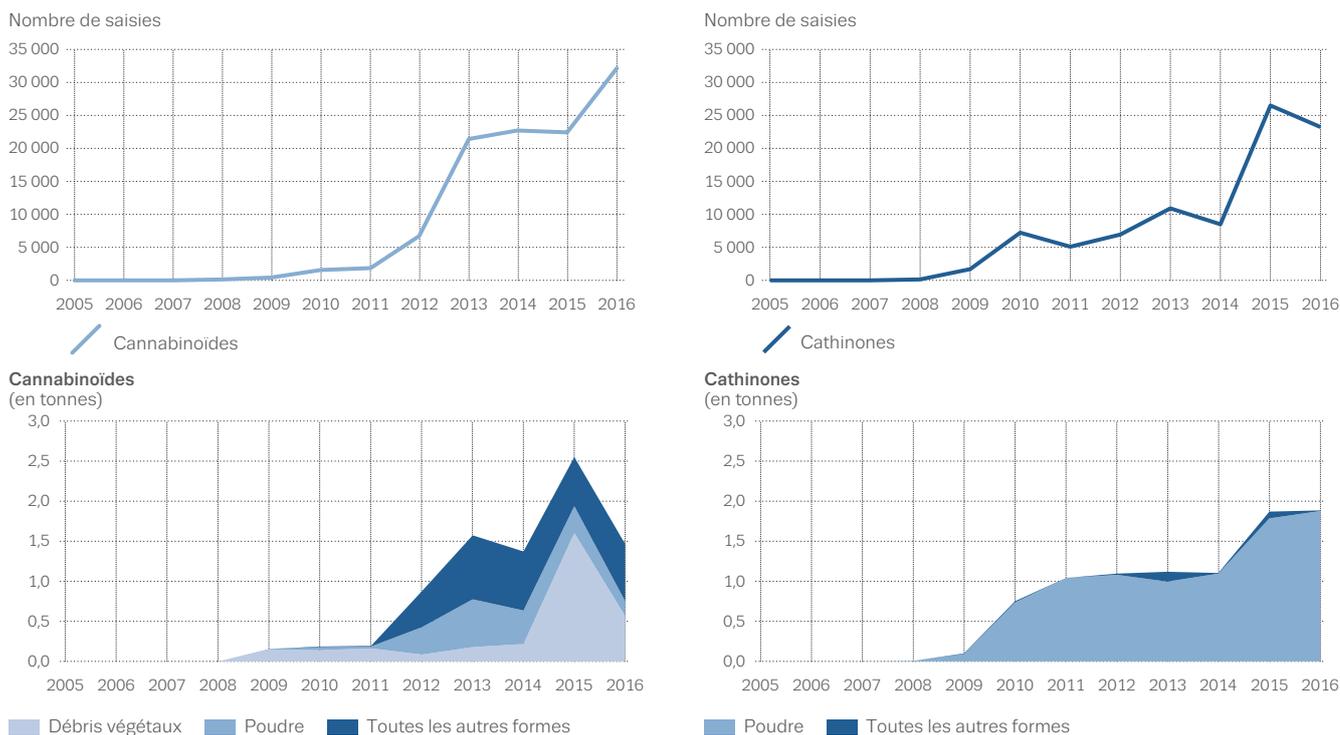
De nouveaux opiacés ont été saisis sous diverses formes, principalement de poudres, de comprimés et de liquides. Près de 4,6 litres d'opiacés de synthèse ont été saisis en 2016, soit une augmentation par rapport au 1,8 litre déclaré l'année précédente. Les dérivés du fentanyl représentaient plus de 70 % des quelque 1 600 saisies de nouveaux opiacés de synthèse signalées en 2016. Des dérivés du fentanyl étaient présents dans plus de 96 % des liquides saisis. À cet égard, l'apparition sur le marché de pulvérisateurs nasaux contenant des dérivés du fentanyl tels que l'acryloylfentanyl, le furanylfentanyl, le 4-fluoroisobutyrylfentanyl, le tétrahydrofuranylfentanyl et le carfentanil est préoccupante. Les nouveaux opiacés représentaient 2,3 % du nombre total des saisies de nouvelles substances en 2016, soit une augmentation par rapport au 0,8 % déclaré en 2015.

Cannabinoïdes de synthèse

Les cannabinoïdes de synthèse sont des substances qui imitent les effets du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), la principale substance responsable des effets psychoactifs

FIGURE 1.12

Saisies de cannabinoïdes et cathinones de synthèse répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne: tendances observées dans le nombre des saisies et les quantités saisies



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

les plus importants du cannabis. Les producteurs européens importent des cargaisons de poudres de cannabinoïdes en vrac et les mélangent à des débris végétaux séchés. Ces produits sont ensuite commercialisés comme des substituts légaux du cannabis et vendus sous la forme de «mélanges d'herbes à fumer». 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 179 de ces substances ont été détectées depuis 2008, dont 10 en 2017.

En 2016 encore, les cannabinoïdes de synthèse étaient les nouvelles substances psychoactives les plus fréquemment saisies, avec un peu plus de 32 000 saisies rapportées (figure 1.12). Cela représente une augmentation de près de 10 000 saisies par rapport à l'année précédente et près de la moitié du nombre total des saisies de nouvelles substances psychoactives rapportées en 2016. Les cinq cannabinoïdes de synthèse les plus fréquemment saisis en 2016 étaient le MDMB-CHMICA, l'AB-CHMINACA, l'UR-144, le 5F-AKB48 et l'AMB-FUBINACA.

Les saisies de cannabinoïdes de synthèse ont représenté près de 1,5 tonne de ces substances, ce qui constitue une diminution conséquente par rapport aux 2,5 tonnes saisies en 2015. Les débris végétaux ou «mélanges d'herbes»

représentaient 40 % des quantités saisies en 2016, les poudres à elles seules équivalant à près de 13 %.

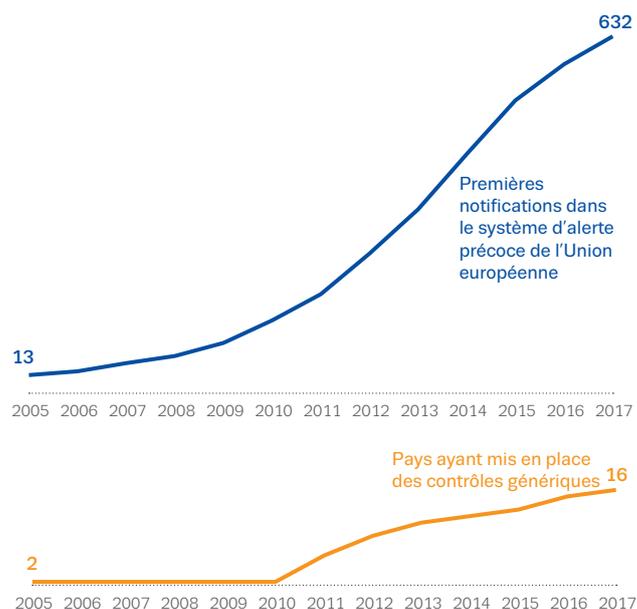
La saisie de cannabinoïdes de synthèse en poudre, combinée à la détection d'installations de transformation en Europe, laisse à penser que les produits y sont également conditionnés. S'ils avaient été transformés en «mélanges d'herbes à fumer», ces cannabinoïdes de synthèse en poudre auraient pu permettre la fabrication de millions de doses. Les cannabinoïdes dont les plus grandes quantités totales de poudre ont été saisies en 2016 étaient le AM-6527 5-fluoropentyl dérivé (54 kg), le CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), l'AMB-FUBINACA (27 kg), le 5F-MDMB-PINACA (15 kg) et l'AB-FUBINACA (7 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 130 de ces substances ont été détectées en tout, dont 12 pour la première fois en 2017.

FIGURE 1.13

Aspect des nouvelles substances psychoactives et introduction de contrôles de groupes génériques en Europe, depuis 2005



Les cathinones de synthèse ont été le deuxième groupe de nouvelles substances psychoactives les plus fréquemment saisies en 2016 (plus de 23 000 saisies), soit près d'un tiers du total des saisies. Cela représente une légère diminution par rapport au chiffre de l'année précédente. Les cinq cathinones les plus fréquemment saisies en 2016 ont été l'alpha-PVP, le 4-CMC, le 3-CMC, le 4-méthyl-N,N-diméthylcathinone et le 3-MMC.

Environ 1,9 tonne de ces substances a été saisie, faisant des cathinones de synthèse les nouvelles substances psychoactives les plus saisies en 2016 en termes de quantité (figure 1.12). Les cathinones de synthèse existent généralement sous la forme de poudre. Les plus grandes quantités totales de cathinones en poudre saisies en 2016 étaient le 4-CMC (890 kg), le 4-CEC (247 kg), la NEH (186 kg), le 3-MMC (126 kg) et la mexédrone (50 kg).

Nouvelles benzodiazépines

Vingt-trois nouvelles benzodiazépines font actuellement l'objet d'un suivi de l'EMCDDA, dont trois ont été détectées pour la première fois en Europe en 2017. Certaines nouvelles benzodiazépines sont vendues sous forme de comprimés, de gélules ou de poudres sous leur nom propre. Dans d'autres cas, les contrefacteurs utilisent ces substances pour produire de faux anxiolytiques couramment prescrits, tels que le diazépam et l'alprazolam, qui sont vendus directement sur le marché des drogues illicites. Si le nombre des saisies de benzodiazépines a diminué en 2016 par rapport à 2015, la quantité saisie a, elle, considérablement augmenté. En 2016, plus d'un demi-million de comprimés contenant de nouvelles benzodiazépines comme le diclazépam, l'étizolam, le flubromazolam, le flunitrazolam et le fonazépam ont été saisis, soit une augmentation de près des deux tiers par rapport à la quantité rapportée en 2015.

Nouvelles substances psychoactives: de nouvelles réponses juridiques

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 ces conventions, pour les responsables politiques et les législateurs européens.

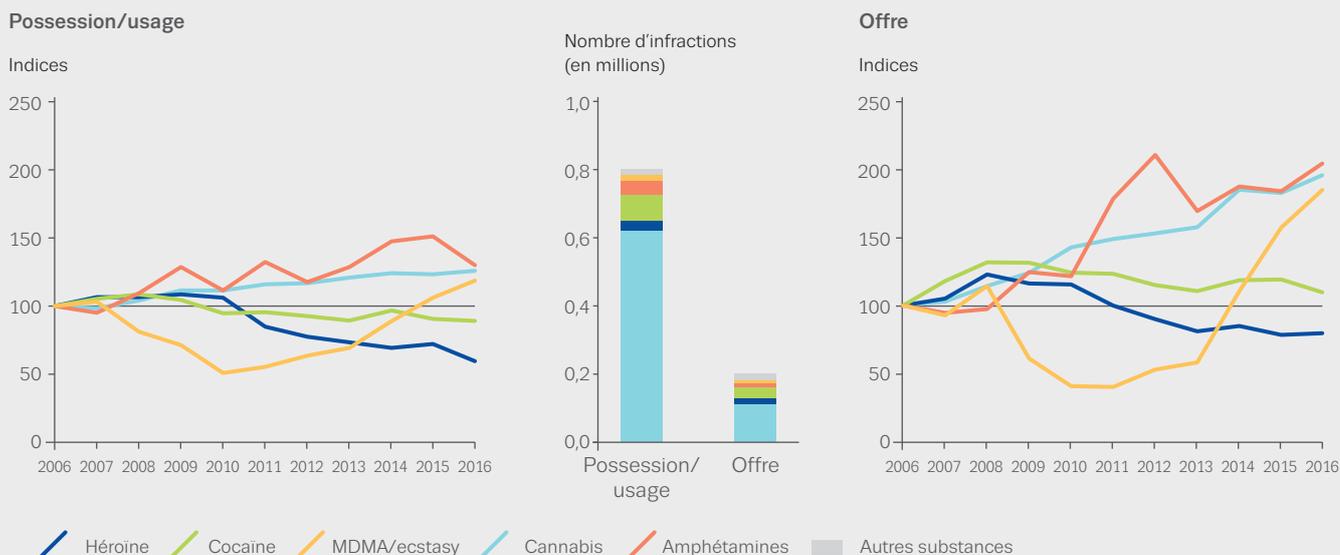
Au niveau national, diverses mesures ont été adoptées pour lutter contre les nouvelles substances et trois grands types de réponses juridiques peuvent être recensés. De nombreux pays d'Europe ont d'abord réagi en ayant recours à la législation sur la sécurité des consommateurs, avant d'élargir ou d'adapter 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.

Pendant de nombreuses années, la majorité des pays européens ne faisait que répertorier les substances réglementées individuellement. Toutefois, à mesure que le nombre des nouvelles substances détectées en Europe augmentait, davantage de pays ont cherché à réglementer des groupes de substances (figure 1.13). La plupart des pays ont ainsi défini les groupes en fonction de leur structure chimique (des groupes «génériques»), bien que quelques-uns d'entre eux aient procédé en fonction des effets. La plupart des pays qui ont adopté une approche générique ont ajouté la définition de ces groupes aux législations antidrogues existantes, tandis que quelques-uns ont simplement inclus ces groupes dans une législation spécifique consacrée aux nouvelles substances psychoactives.

Au niveau de l'Union européenne, le cadre juridique permettant de répondre aux menaces pour la santé publique et la société causées par les nouvelles substances psychoactives, qui datait de 2005, a été révisé

FIGURE 1.14

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 2016



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

dans le but de mettre en place un système plus efficace et plus rapide. La nouvelle législation conserve l'approche en trois étapes qui permet de réagir face aux nouvelles substances psychoactives (alerte précoce, évaluation des risques et mesures de contrôle) tout en renforçant les procédures existantes en simplifiant et en accélérant les procédures de recueil et d'évaluation des données, et en introduisant des délais plus courts. Après avoir procédé à l'évaluation des risques, la Commission peut formuler une proposition visant à soumettre la substance à des mesures de contrôle. Le Parlement européen et le Conseil sont en droit, dans un délai de 2 mois et sous certaines conditions, de s'opposer à la proposition de la Commission. Les autorités nationales disposeront de 6 mois (au lieu de 12) pour placer la substance sous contrôle sur leur territoire une fois la décision entrée en vigueur.

tendance à la hausse des infractions liées à l'usage ou à la détention de MDMA/ecstasy s'est poursuivie en 2016, quand bien même ces dernières ne représentent encore que 2 % des infractions pour consommation (figure 1.14).

Au total, le nombre d'infractions liées à l'offre de drogues dans l'Union européenne a augmenté de 14 % depuis 2006, pour atteindre un chiffre estimé à plus de 200 000 cas en 2016. Le cannabis concernait la majorité de ces infractions (57 %). Une forte hausse est observée depuis 2013 dans les notifications d'infractions liées à l'offre de MDMA/ecstasy (figure 1.14).

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 ont été signalées en 2016, soit une progression d'un tiers (33 %) depuis 2006. La majorité de ces infractions (74 %) était liée à l'usage ou à la détention de drogue, ce qui représente un total d'environ 1 million d'infractions en 2016, soit 28 % de plus par rapport à 2006. Plus des trois quarts des infractions pour usage ou détention de drogue concernaient le cannabis (77 %). La

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA**2018**

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Publications de l'EMCDDA et d'Europol**2018**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

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

**L'éventail des drogues consommées
aujourd'hui en Europe est plus
diversifié que par le passé**

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 individuelles vont de l'expérimentation à l'usage courant et à la dépendance. 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. 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.

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.

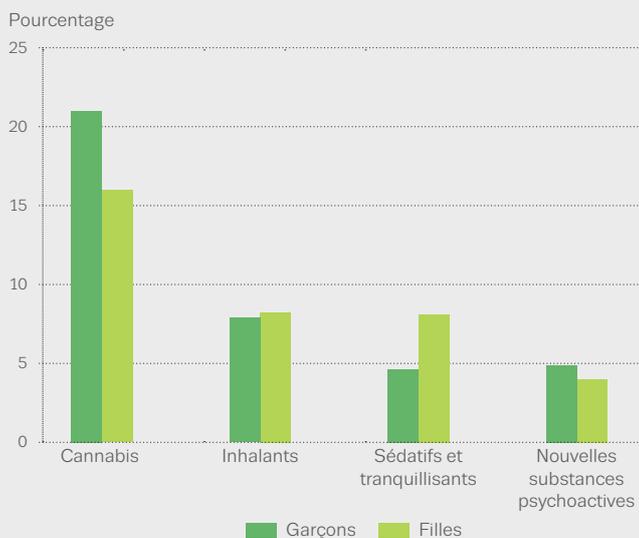
Les enquêtes menées en population générale et auprès des élèves peuvent fournir un aperçu de la prévalence de l'usage récréatif et de l'expérimentation de drogues. Des analyses des résidus de drogues présents dans les eaux usées de villes d'Europe peuvent venir compléter les résultats de ces enquêtes.

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.

FIGURE 2.1

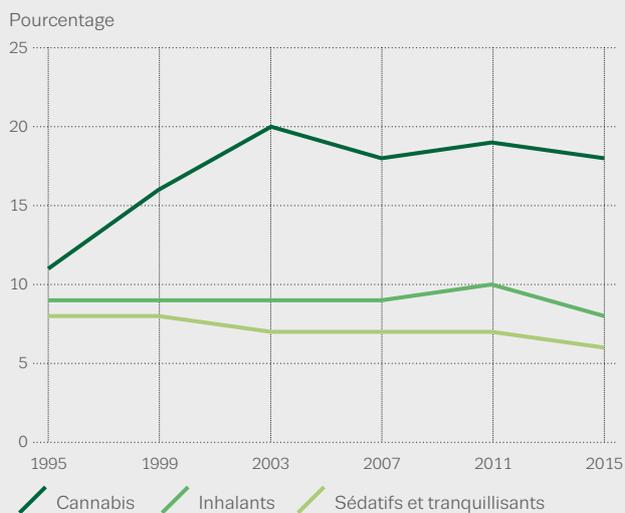
Consommation de substances au cours de la vie parmi les élèves européens scolarisés de 15 à 16 ans, ventilée par sexe



N.B.: 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 2.2

Tendances de la prévalence de la consommation de cannabis, d'inhalants et de médicaments (sédatifs et tranquillisants sans ordonnance) au cours de la vie des élèves européens scolarisés de 15 à 16 ans



N.B.: sur la base des données concernant la Norvège et les 21 États membres de l'UE qui ont participé à au moins quatre exercices de l'enquête ESPAD.

Consommation de substances des élèves scolarisés: des tendances stables ou en baisse

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'enquête 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. Cette 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), les taux les plus élevés ayant été enregistrés en République tchèque (37 %) et en France (31 %), et 8 % ont déclaré en avoir consommé au cours des 30 derniers jours. L'usage de drogues illicites autres que le cannabis (MDMA/ecstasy, amphétamine, cocaïne, méthamphétamine et hallucinogènes) était beaucoup plus faible, avec une prévalence de la consommation au cours de la vie totalisant 5 %.

L'enquête s'est également interrogée sur la consommation d'autres substances, telles que les inhalants, les médicaments et les nouvelles substances psychoactives. Parmi les participants de l'Union européenne et de Norvège, la prévalence moyenne de la consommation d'inhalants au cours de la vie était de 8 % (allant de 3 % en Belgique

(Flandre) à 25 % en Croatie). La consommation au cours de la vie de sédatifs ou de tranquillisants sans prescription médicale a été déclarée par 6 % des élèves en moyenne (de 2 % en Roumanie à 17 % en Pologne), et la consommation au cours de la vie de nouvelles substances psychoactives a été rapportée par 4 % des élèves en moyenne (le minimum étant de 1 % en Belgique (Flandre) et le maximum de 10 % en Estonie et en Pologne) (figure 2.1). Parmi les consommateurs de nouvelles substances psychoactives au cours des 12 derniers mois (3,2 % des participants), les mélanges d'herbes à fumer constituaient le type de substance le plus couramment consommé (rapporté par 2,6 % de l'ensemble des participants), la consommation de poudres, de cristaux ou de comprimés, de liquides ou encore d'autres formes de nouvelles substances psychoactives étant moins commune.

Sur les 22 pays disposant de suffisamment de données pour permettre une analyse, la consommation globale déclarée de cannabis au cours de la vie a atteint un niveau record en 2003, puis a légèrement diminué selon l'enquête de 2007 (figure 2.2). Depuis lors, cette prévalence reste relativement stable. Une diminution a été observée dans la consommation d'inhalants au cours de la vie rapportée entre 2011 (10 %) et 2015 (8 %), mais la tendance sur le long terme entre 1995 et 2015 reste relativement stable (figure 2.2). S'agissant des sédatifs et des tranquillisants, la consommation au cours de la vie a légèrement diminué entre 1995 et 2015, avec une prévalence de la consommation toujours plus élevée chez les filles que chez les garçons au cours de cette période. Le

projet ESPAD ne peut fournir de données sur la tendance des nouvelles substances psychoactives dans la mesure où les questions sur la consommation de ces drogues ne sont apparues qu'en 2015 pour la première fois.

Plus de 92 millions d'adultes ont déjà consommé des drogues illicites

Plus de 92 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 (56,0 millions) que les femmes (36,3 millions). La drogue la plus expérimentée est le cannabis (53,5 millions d'hommes et 34,3 millions de femmes); des estimations beaucoup plus faibles étant rapportées pour l'usage au cours de la vie de cocaïne (11,8 millions d'hommes et 5,2 millions de femmes), de MDMA/ecstasy (9,0 millions d'hommes et 4,5 millions de femmes) et d'amphétamines (8,0 millions d'hommes et 4,0 millions de femmes). Les niveaux d'usage de cannabis au cours de la vie diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, allant de 41 % des adultes environ en France à moins de 5 % à Malte.

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, 18,9 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 à rapporter ce comportement.

Consommation de cannabis: stable dans l'ensemble, mais avec d'importantes variations nationales

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, 87,6 millions d'adultes dans l'Union européenne (âgés de 15 à 64 ans), soit 26,3 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Parmi ces consommateurs, on estime à 17,2 millions le nombre de jeunes adultes de 15 à 34 ans (14,1 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, dont 9,8 millions de jeunes entre 15 et 24 ans (17,4 % 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 3,5 % en Hongrie et 21,5 % en France. Parmi ces consommateurs, le ratio était de deux jeunes hommes pour une jeune femme.

Les résultats des toutes dernières enquêtes révèlent que la plupart des pays font état d'une consommation de cannabis par les jeunes adultes stable ou en hausse au cours de

CONSOMMATEURS DE CANNABIS ADMIS EN TRAITEMENT



Caractéristiques

16% 84%



16 Âge moyen à la première consommation

25 Âge moyen à la première admission en traitement

83 000

Patients admis en traitement pour la première fois

59%



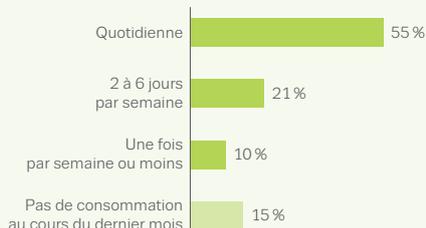
57 000

Patients admis en traitement traités antérieurement

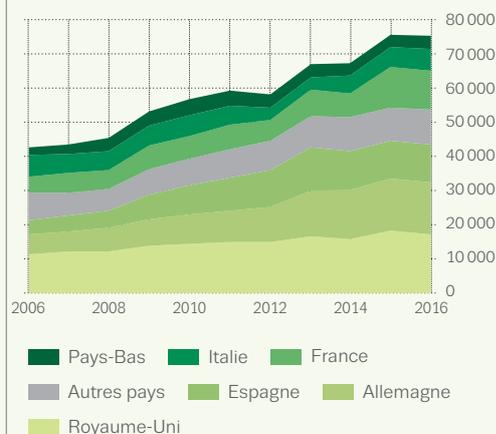
41%

Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

consommation moyenne de 5,5 jours par semaine



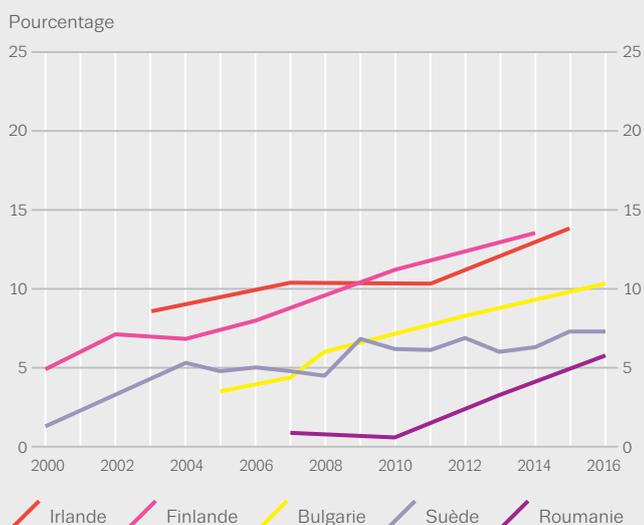
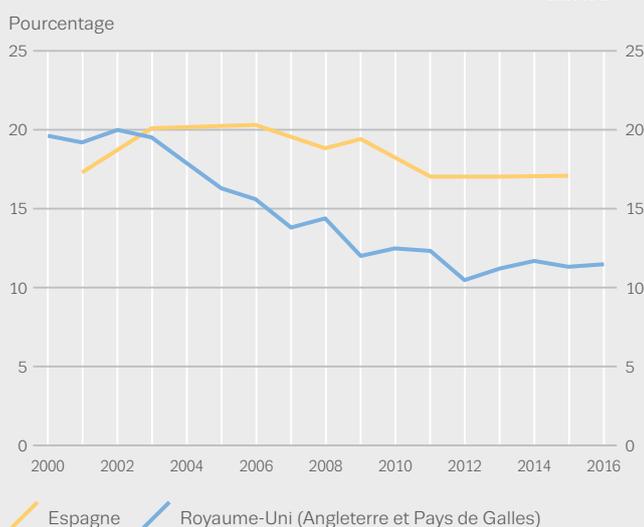
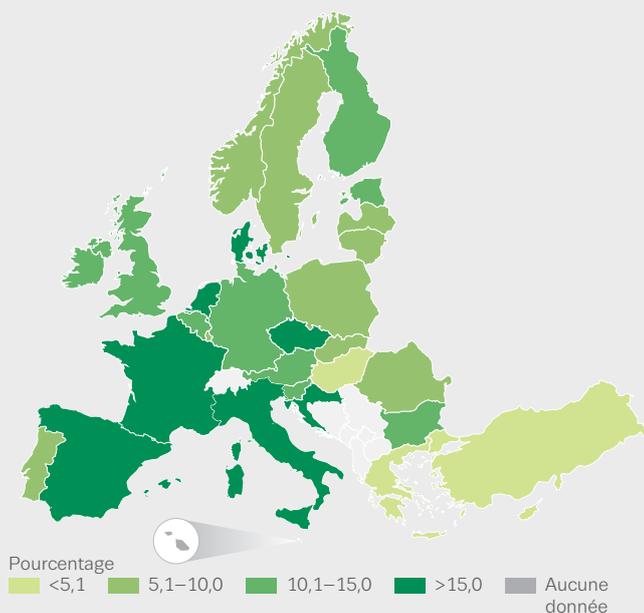
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



N.B.: outre celles pour les tendances, les données 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 25 pays. Seuls les pays disposant de données pour au moins 9 des 11 années sont inclus dans le graphique sur les tendances. Les valeurs manquantes sont interpolées à partir des années précédentes ou suivantes. 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 cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15 à 34 ans): données les plus récentes (carte) et sélection de tendances



l'année écoulée. Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2015 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, huit ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, neuf, 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 2.3).

Au cours des dix dernières années, une tendance à la hausse de la prévalence de la consommation de cannabis parmi les jeunes adultes durant l'année écoulée a été observée dans un certain nombre de pays. Il s'agit de l'Irlande et de la Finlande, où les données les plus récentes indiquent des niveaux avoisinant la moyenne de l'Union européenne (14,1 %) ainsi que la Bulgarie, la Roumanie et la Suède, quoiqu'avec des niveaux récents plus faibles. Parmi les pays disposant de données récentes, les Pays-Bas ont conduit une troisième enquête annuelle comparable en 2016 qui a permis de confirmer une prévalence tout juste inférieure à 16 %. Au Danemark, une enquête de 2017 a mis en évidence l'une des rares diminutions observées: 15,4 % contre une estimation de 17,6 % en 2013.

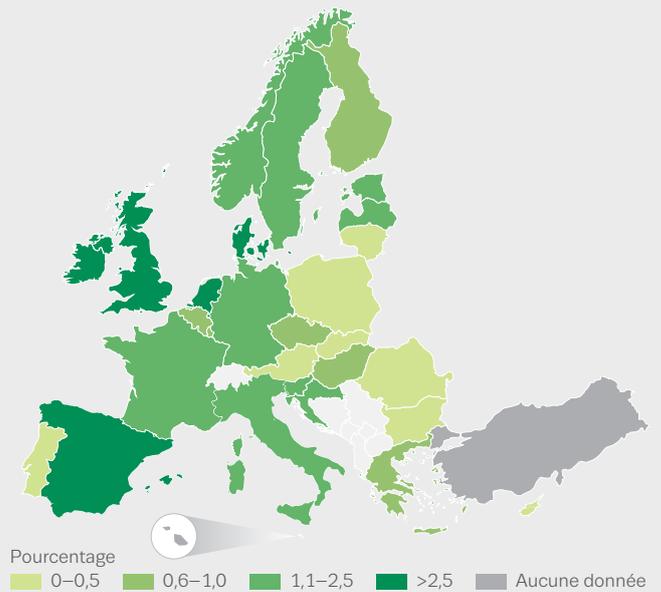
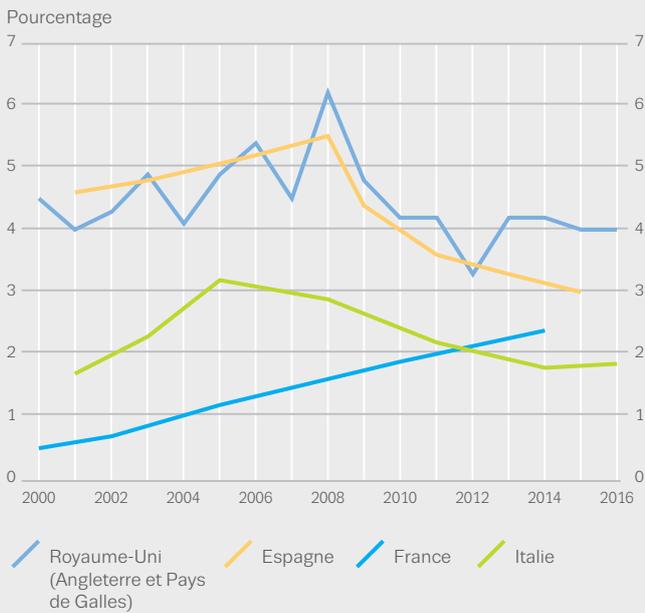
Usage problématique de cannabis: une tendance à la hausse

Des enquêtes menées en population générale permettent d'estimer à environ 1 % le nombre d'adultes européens qui consomment quotidiennement ou quasi quotidiennement du cannabis, autrement dit, qui ont consommé cette drogue pendant 20 jours ou plus au cours du mois écoulé. Environ 37 % de ceux-ci sont des usagers plus âgés (entre 35 et 64 ans) et environ les 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. En 2016, en Europe, plus de 150 000 personnes ont entamé un traitement du fait de problèmes associés à leur consommation de cannabis; parmi ces dernières, environ 83 000 étaient admises en traitement pour la première fois de leur vie. Dans les 25 pays disposant de données, le nombre global de patients admis en traitement

FIGURE 2.4

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



pour la première fois pour des problèmes liés au cannabis a augmenté de 76 % entre 2006 et 2016, la majorité de ces pays (18) faisant état d'une augmentation sur cette période. 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, des changements de la perception du risque ainsi que des augmentations dans les degrés d'offre de traitement et d'orientation pour traitement, notamment par le système pénal. Globalement, 50 % des consommateurs pour lesquels le cannabis est la drogue posant le plus de problèmes admis en traitement pour la première fois en 2016 ont indiqué avoir consommé cette drogue dans le mois qui précédait. La proportion de consommateurs quotidiens varie cependant largement d'un pays à l'autre, allant de 10 % ou moins en Lettonie, en Hongrie et en Roumanie à 60 % ou plus en Espagne, en France, aux Pays-Bas et en Turquie.

Consommation de cocaïne: stable dans l'ensemble, mais des signes d'augmentation

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment consommée en Europe et son usage est plus répandu dans les pays situés au sud et à l'ouest du continent. Parmi les consommateurs réguliers, une distinction peut être établie entre les consommateurs socialement intégrés, qui sniffent souvent de la cocaïne sous forme de poudre (forme chlorhydrate) et les consommateurs

marginalisés, qui se l'injectent ou fument du crack (cocaïne base), parfois en combinaison avec des opiacés. De nombreuses séries de données ne permettent pas d'établir de distinction entre les deux formes de cocaïne (poudre ou crack); aussi, l'expression «consommation de cocaïne» englobe les deux formes.

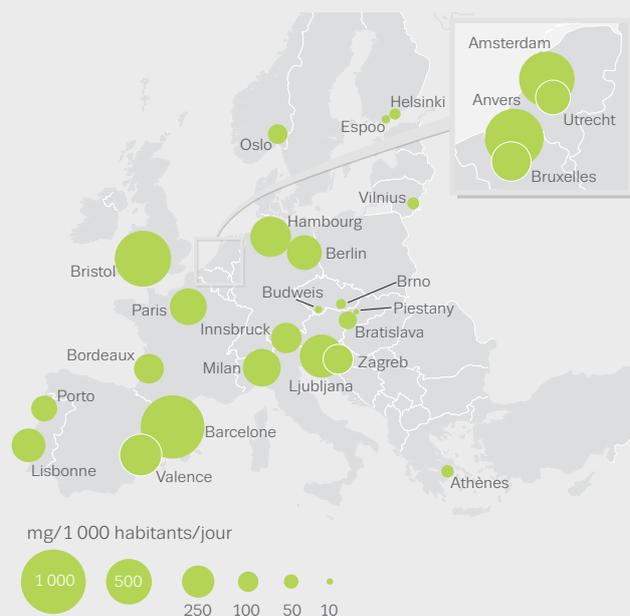
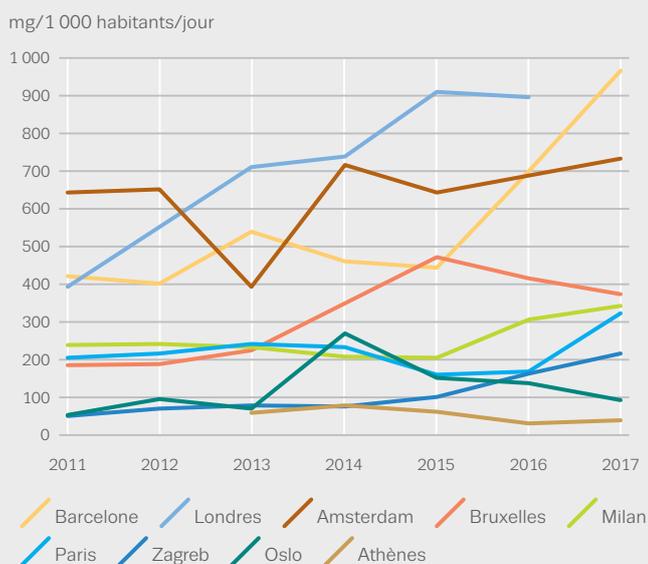
Selon les estimations, 17,0 millions d'adultes européens (âgés de 15 à 64 ans), soit 5,1 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie. Parmi ces consommateurs, on estime à environ 2,3 millions le nombre de jeunes adultes de 15 à 34 ans (1,9 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé cette substance au cours de l'année écoulée.

Seuls le Danemark, l'Irlande, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni font état d'un usage de cocaïne au cours de l'année écoulée de 2,5 % ou plus chez les jeunes adultes. 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 ont réalisé des enquêtes depuis 2015 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, trois ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, quatorze, une tendance stable et un, une estimation plus faible.

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

FIGURE 2.5

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



N.B.: quantités quotidiennes moyennes de benzoylecgonine en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine chaque année entre 2011 et 2017.

Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Royaume-Uni ont fait part de tendances à la hausse de la prévalence jusqu'en 2008, suivies d'une stabilisation ou d'un déclin (figure 2.4). Si l'Italie a constaté une baisse depuis un niveau record en 2005, la toute dernière enquête laisse entendre que le niveau se serait désormais stabilisé. Une tendance à la hausse a été observée en 2014 en France, lorsque la prévalence a dépassé les 2 % pour la première fois.

L'analyse des eaux usées municipales réalisée dans le cadre d'une étude multi-villes afin d'y détecter des résidus de cocaïne vient compléter les résultats des enquêtes menées auprès de la population. Cette analyse permet de mesurer la consommation collective de substances pures au sein d'une communauté, ses résultats ne sont donc pas directement comparables aux estimations de 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 2017, les charges de masse les plus élevées de benzoylecgonine (le principal métabolite de la cocaïne) ont été détectées dans des villes de Belgique, d'Espagne, des Pays-Bas et du Royaume-Uni et des taux très faibles ont été observés dans la majorité des villes d'Europe de l'Est étudiées (voir figure 2.5). Parmi les 31 villes disposant de données pour 2016 et 2017, 19 ont signalé une augmentation, six, une diminution et six, une situation

stable. Des tendances à la hausse sur le long terme sont signalées pour un grand nombre des 13 villes disposant de données pour 2011 et 2017.

Usage problématique de cocaïne: davantage de personnes sollicitent un traitement

La prévalence de l'usage problématique de cocaïne parmi les adultes 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 Espagne, une nouvelle étude s'est fondée sur l'importance de la fréquence de consommation pour estimer la consommation problématique de cocaïne à 0,43 % parmi les 14-18 ans en 2016/2017. En 2015, à partir de questions liées à la gravité de la dépendance, l'Allemagne a estimé à 0,20 % l'usage problématique de la cocaïne chez les adultes. La même année, l'Italie a estimé à 0,65 % le taux d'utilisateurs adultes ayant besoin d'un traitement pour consommation de cocaïne. Au Portugal, une enquête s'appuyant sur des méthodes statistiques indirectes a estimé la consommation problématique de cocaïne à 0,98 % parmi la population adulte en 2015.

L'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni représentent près des trois quarts (73 %) de l'ensemble des admissions en traitement spécialisé 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 67 000 patients ayant entamé un traitement en 2016 et par quelque 30 000 nouveaux patients.

Après une période de recul, le nombre total de patients entamant pour la première fois un traitement pour dépendance à la cocaïne a augmenté de près de 20 % entre 2014 et 2016. Si une part importante de cette augmentation concerne l'Italie et le Royaume-Uni, presque tous les pays ont fait état d'augmentations sur cette même période.

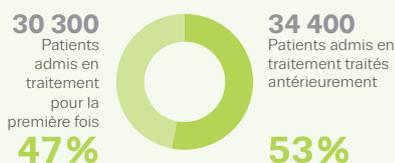
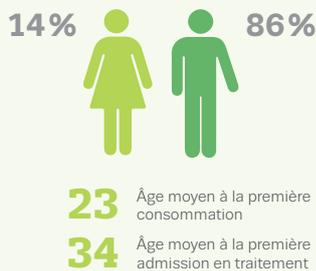
La majorité des patients entamant un traitement spécialisé pour des problèmes liés à l'usage de cocaïne la consomme sous forme de poudre (51 000 ou 10 % de l'ensemble des usagers en traitement en 2016). La plupart des cocaïnomanes sollicitent un traitement pour leur addiction à la cocaïne uniquement (31 % de tous les consommateurs de poudre de cocaïne) ou combinée à du cannabis (26 %), à de l'alcool (31 %) ou à d'autres substances (12 %). Ce groupe est généralement perçu comme bien intégré socialement et bénéficiant de conditions de vie stables et d'un emploi régulier. Un autre groupe, composé de consommateurs plus marginalisés, entame un traitement principalement pour consommation de crack/cocaïne basée (8 300 patients ou 2 % de l'ensemble des usagers en traitement en 2016); nombre d'entre eux étant susceptibles de consommer aussi de l'héroïne. De récentes

augmentations du nombre de consommateurs de crack sont rapportées en Italie et au Royaume-Uni.

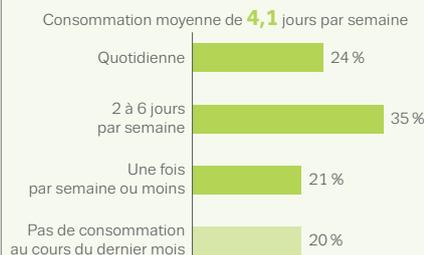
La consommation de cocaïne combinée à de l'héroïne ou à d'autres opioïdes est rapportée par 53 000 consommateurs entamant un traitement spécialisé en Europe en 2016. Ce nombre représente 15 % de toutes les personnes débutant un traitement pour lesquelles les informations sur la drogue principalement consommée ainsi que sur les autres drogues consommées sont disponibles.

CONSOMMATEURS DE COCAÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

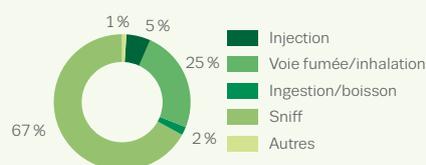
Caractéristiques



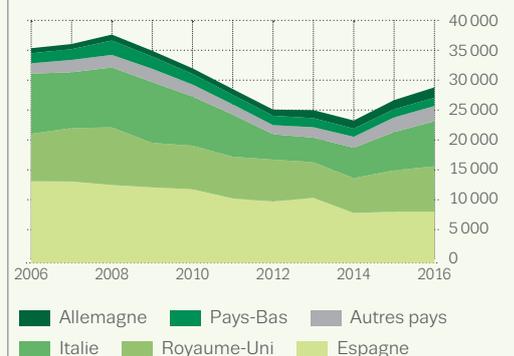
Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



Voie d'administration



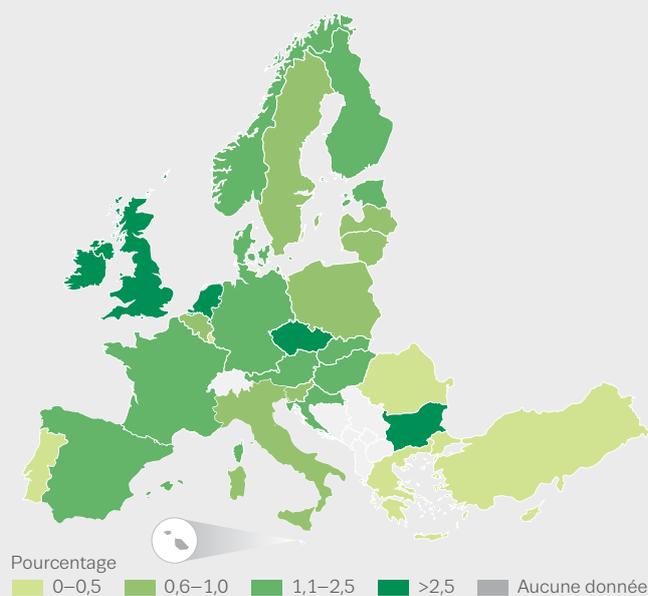
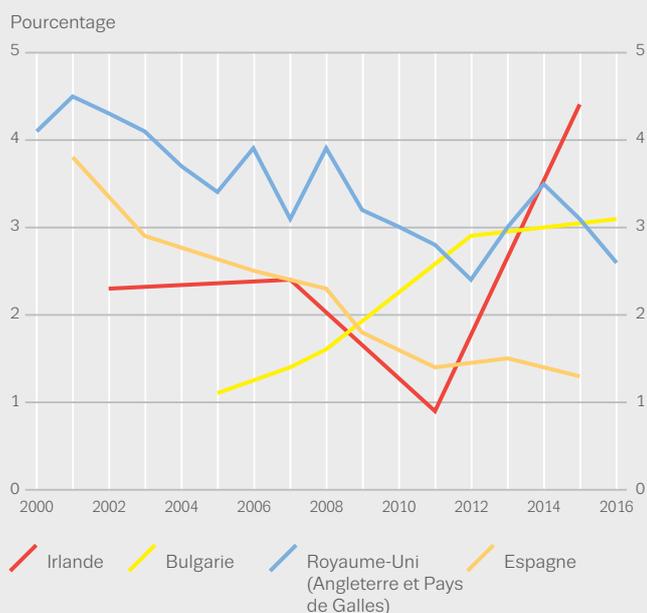
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



N.B.: outre celles pour les tendances, les données 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 25 pays. Seuls les pays disposant de données pour au moins 9 des 11 années sont inclus dans le graphique des tendances. Les valeurs manquantes sont interpolées à partir des années précédentes ou suivantes. 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 2.6

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: l'usage semble se stabiliser

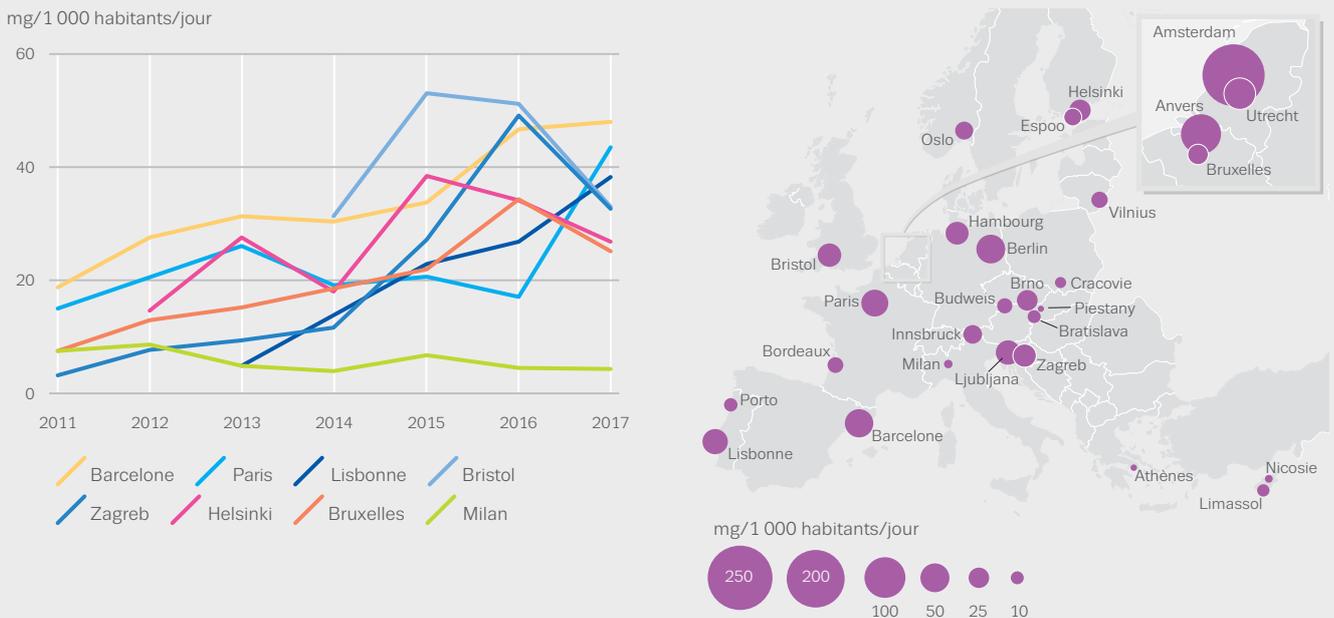
La MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) est consommée sous forme de comprimés (souvent appelés «comprimés d'ecstasy»), mais est aussi disponible sous forme «cristal» ou en poudre; les comprimés sont généralement ingérés, tandis que les cristaux et la poudre peuvent être consommés par voie orale ou être sniffés.

Selon les estimations, 13,5 millions d'adultes européens (âgés de 15 à 64 ans), soit 4,1 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé de la MDMA/ecstasy à un moment ou un 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 2,2 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 0,2 % au Portugal et en Roumanie à 7,4 % 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. Ces dernières années, toutefois, les sources d'information ont fait état d'une stabilisation ou d'une consommation accrue de MDMA dans certains pays. Parmi les pays qui ont réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2015 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, cinq ont déclaré des estimations plus élevées que lors de la précédente enquête comparable, douze, des estimations stables, et un, une estimation à la baisse.



FIGURE 2.7

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


N.B.: quantités quotidiennes moyennes de MDMA en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine chaque année entre 2011 et 2017.

Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Lorsqu'elles existent les données récentes permettant d'effectuer une analyse statistique des tendances de consommation de MDMA/ecstasy par les jeunes adultes au cours de l'année écoulée, semblent suggérer que la situation évolue (figure 2.6). Au Royaume-Uni, après une tendance à la baisse, l'augmentation qui avait été observée entre 2012 et 2014 s'est inversée selon les toutes dernières données. En Espagne, la tendance à la baisse sur le long terme se maintient, bien que les valeurs récentes soient stables. Les données les plus récentes indiquent une augmentation marquée de la prévalence en Irlande depuis 2011, ainsi qu'une tendance continue à la hausse en Bulgarie. Les données issues de l'enquête menée en 2016 aux Pays-Bas confirment les niveaux élevés rapportés lors des deux enquêtes annuelles antérieures.

Selon une analyse de 2017 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 d'Allemagne (figure 2.7). Parmi les 33 villes disposant de données pour 2016 et 2017, 11 ont signalé

une augmentation, sept, une situation stable et quinze, une diminution. En ce qui concerne les tendances à plus long terme, dans la plupart des villes disposant de données à la fois pour 2011 et 2017 (soit 12 villes), les charges de MDMA dans les eaux usées étaient plus élevées en 2017 qu'en 2011. Quoi qu'il en soit, les nettes augmentations observées au cours de la période 2011-2016 semblent se stabiliser dans la plupart des villes en 2017.

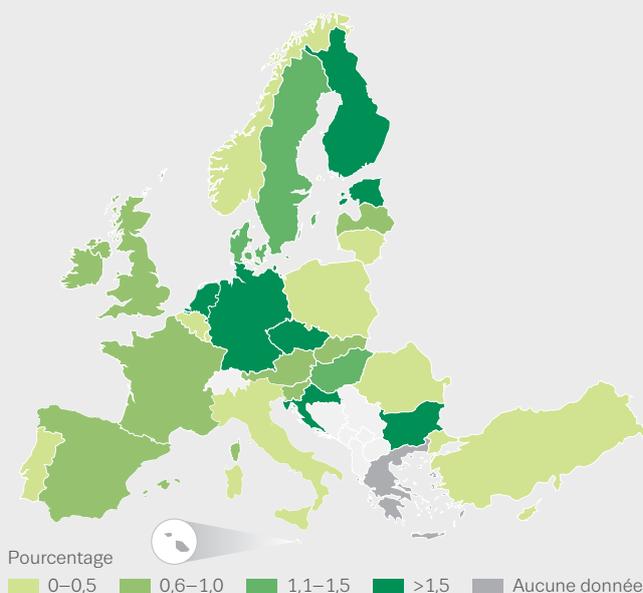
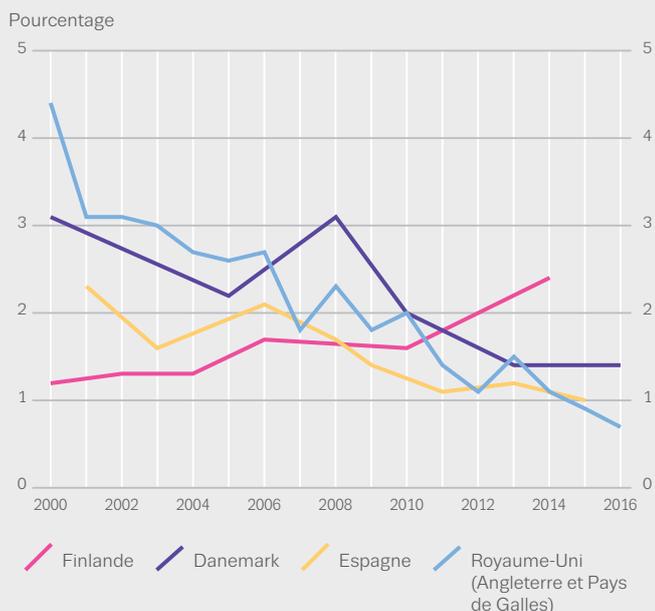
La MDMA/ecstasy est souvent consommée en même temps que d'autres substances, dont l'alcool. Il semble qu'actuellement, dans les pays à prévalence plus élevée, la MDMA/ecstasy ne soit plus une drogue de niche ou liée à une sous-culture; sa consommation ne se limite plus aux clubs et aux soirées électro, elle touche un large éventail 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 2016, la MDMA a été citée par moins de 1 % (1 000 cas environ) des patients entamant un traitement pour la première fois en Europe, principalement en Espagne, en France, au Royaume-Uni et en Turquie.

Les sources chargées du suivi de la MDMA/ecstasy suggèrent une stabilisation ou une consommation accrue de MDMA

FIGURE 2.8

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



Amphétamines: une consommation qui varie, mais des tendances stables

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 sa consommation dans d'autres pays. Certaines séries de données ne permettent pas de distinguer ces deux substances; dans pareils cas, le terme générique «amphétamines» est alors utilisé.

Les deux substances peuvent être consommées par voie orale ou nasale et, dans quelques pays, leur injection constitue une importante partie du problème lié à ces drogues. La méthamphétamine peut aussi être fumée, mais cette voie d'administration n'est pas fréquemment signalée en Europe.

Selon les estimations, 11,9 millions d'adultes européens (âgés de 15 à 64 ans), soit 3,6 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé des amphétamines au cours 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 1,2 million (1 %) de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) auraient consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée, les dernières estimations nationales de prévalence s'échelonnant de moins de 0,1 % au Portugal à 3,6 % 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 la consommation d'amphétamines. Parmi les pays qui ont réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2015 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, deux ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, treize, une tendance stable et deux, des estimations plus faibles.

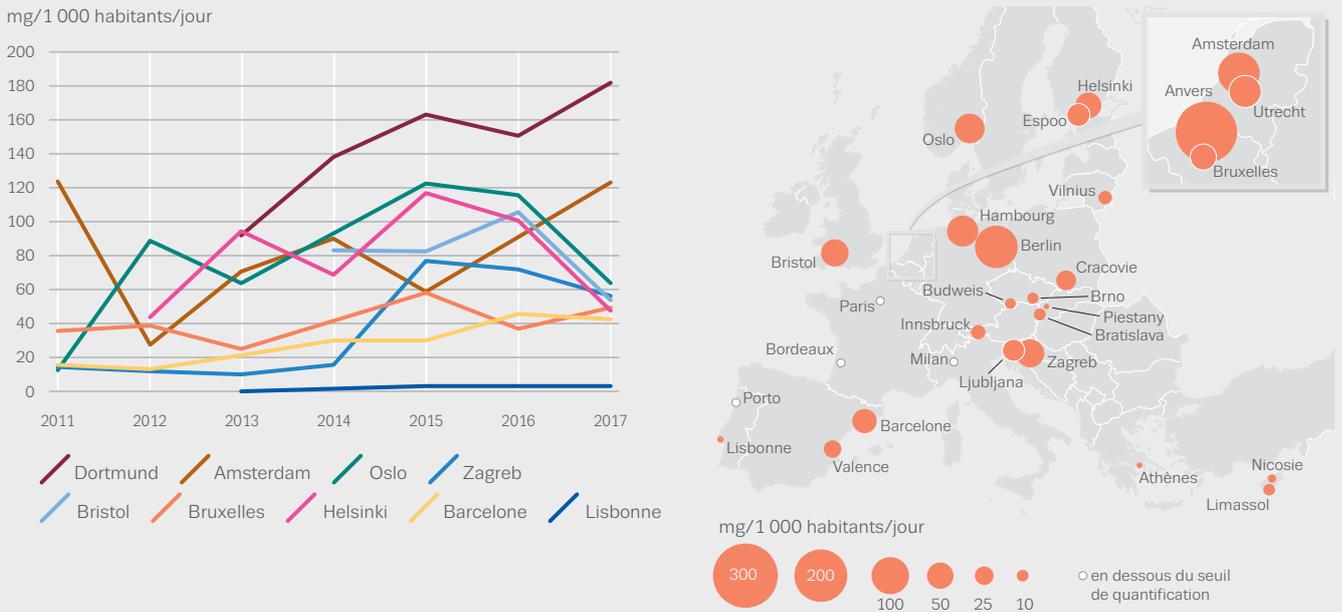
Une analyse statistique des tendances en matière de prévalence de la consommation des amphétamines au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes ne peut être faite que pour un petit nombre de pays. Des tendances à la baisse sur le long terme peuvent être observées au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni (figure 2.8). En revanche, la prévalence de la consommation d'amphétamines parmi les jeunes adultes en Finlande s'est accrue entre 2000 et 2014.

Selon l'analyse des eaux usées municipales effectuée en 2017, les charges de masse d'amphétamine variaient considérablement en Europe, les niveaux les plus élevés ayant été signalés dans des villes du nord et de l'est de l'Europe (figure 2.9). Il a été constaté que l'usage d'amphétamine était bien plus faible dans les villes du sud de l'Europe.

Parmi les 33 villes disposant de données pour 2016 et 2017, neuf ont signalé une augmentation, onze, une situation stable et treize, une diminution. Dans l'ensemble, les données couvrant la période 2011-2017 font état d'une situation diversifiée, mais avec des tendances relativement

FIGURE 2.9

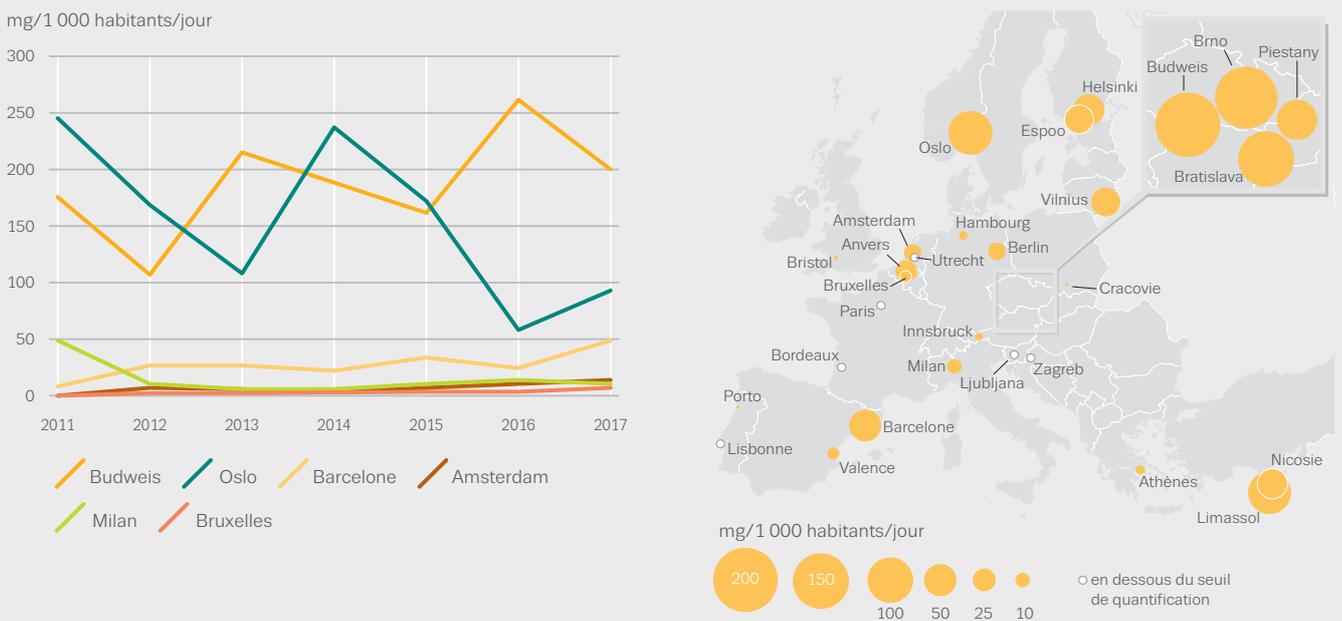
Résidus d'amphétamine dans les eaux usées de certaines villes européennes: tendances et données les plus récentes



N.B.: quantités quotidiennes moyennes d'amphétamine en milligrammes par 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine chaque année entre 2011 et 2017.
Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURE 2.10

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



N.B.: 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 chaque année entre 2011 et 2017.
Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

stables dans la majorité des villes s'agissant de l'amphétamine.

La consommation de méthamphétamine, généralement faible et traditionnellement concentrée en République tchèque et en Slovaquie, semble désormais avoir atteint également Chypre, l'est de l'Allemagne, l'Espagne et le nord de l'Europe (voir figure 2.10). En 2016 et 2017, parmi les 34 villes disposant de données sur la méthamphétamine présente dans les eaux usées, douze ont signalé une augmentation, dix, une situation stable et douze, une diminution.

Usage problématique d'amphétamines: la demande de traitements reste élevée

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 méthamphétamine sont plus manifestes en République tchèque et en Slovaquie. De récentes estimations de l'usage problématique des amphétamines sont disponibles pour la Norvège (0,33 %, soit 11 200 adultes en 2013) et pour l'Allemagne (0,19 %, soit 102 000 adultes en 2015). Il est possible que les consommateurs d'amphétamines constituent la majorité des 2 230 consommateurs problématiques de stimulants estimés (0,18 %) signalés en

Lettonie en 2016, ce qui représente une diminution par rapport aux 6 540 (0,46 %) recensés 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 problématique de la méthamphétamine chez les adultes (de 15 à 64 ans) a été estimé à 0,50 % environ en 2016 (ce qui correspond à 34 300 usagers). La tendance est donc à l'augmentation (ils n'étaient que 20 900 usagers en 2007), même si les chiffres affichent une relative stabilité ces dernières années. L'estimation pour Chypre était de 0,02 %, soit 105 consommateurs, en 2016.

Environ 35 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe en 2016 (dont environ 15 000 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 pour lesquels l'amphétamine est la principale source de problèmes représentent plus de 15 % des patients admis en traitement pour la première fois 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, ces deux pays regroupant près de 90 % des 9 200 patients entamant un traitement spécialisé pour usage de méthamphétamine en Europe.

CONSOMMATEURS D'AMPHÉTAMINES ADMIS EN TRAITEMENT



Caractéristiques

27% 73%



20 Âge moyen à la première consommation

29 Âge moyen à la première admission en traitement

15 500

Patients admis en traitement pour la première fois

43%



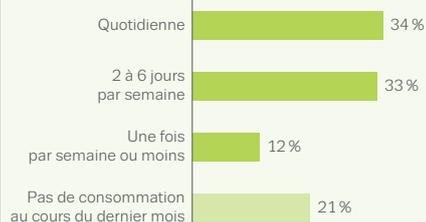
19 900

Patients admis en traitement traités antérieurement

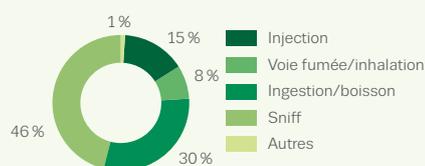
57%

Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

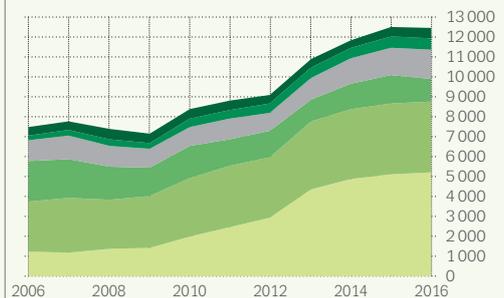
Consommation moyenne de 4,4 jours par semaine



Voie d'administration



Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



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

N.B.: outre celles pour les tendances, les données concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 25 pays. Seuls les pays disposant de données pour au moins 9 des 11 années sont inclus dans le graphique sur les tendances. Les valeurs manquantes sont interpolées à partir des années précédentes ou suivantes.

Kétamine, GHB et hallucinogènes: une consommation qui reste faible

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 observé dans des sous-groupes d'usagers de drogues en Europe au cours des deux dernières décennies. Quand elles existent, les estimations nationales de prévalence de l'usage de GHB et de kétamine dans les populations adultes et scolaires restent basses. Dans son enquête de 2016, 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 2016, la prévalence de la consommation de kétamine chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans) au cours de l'année écoulée a été estimée à 0,1 % en République tchèque et en Roumanie et à 0,8 % 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 en 2016 ou l'année de la dernière enquête, à l'exception des Pays-Bas (1,9 %), de la Finlande (1,9 %) et de la République tchèque (3,1 %) pour les champignons hallucinogènes, et de la Finlande (1,3 %) et de la République tchèque (1,4 %) pour le LSD.

Nouvelles substances psychoactives: une consommation problématique dans les populations marginalisées

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, 13 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 se situe entre 0,2 % en Italie et en Norvège et 1,7 % en Roumanie. Des données d'enquête concernant la consommation de méphédronne sont disponibles pour le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles). Dans l'enquête la plus récente (2016/2017), la

consommation de cette drogue chez les jeunes âgés de 16 à 34 ans au cours de l'année écoulée était estimée à 0,3 %, en baisse par rapport à 2014/2015 (- 1,1 %). Selon leurs dernières enquêtes, chez les jeunes de 15 à 34 ans, la consommation de cannabinoïdes de synthèse au cours de l'année écoulée oscillait entre 0,2 % en Espagne et 1,5 % en Lettonie.

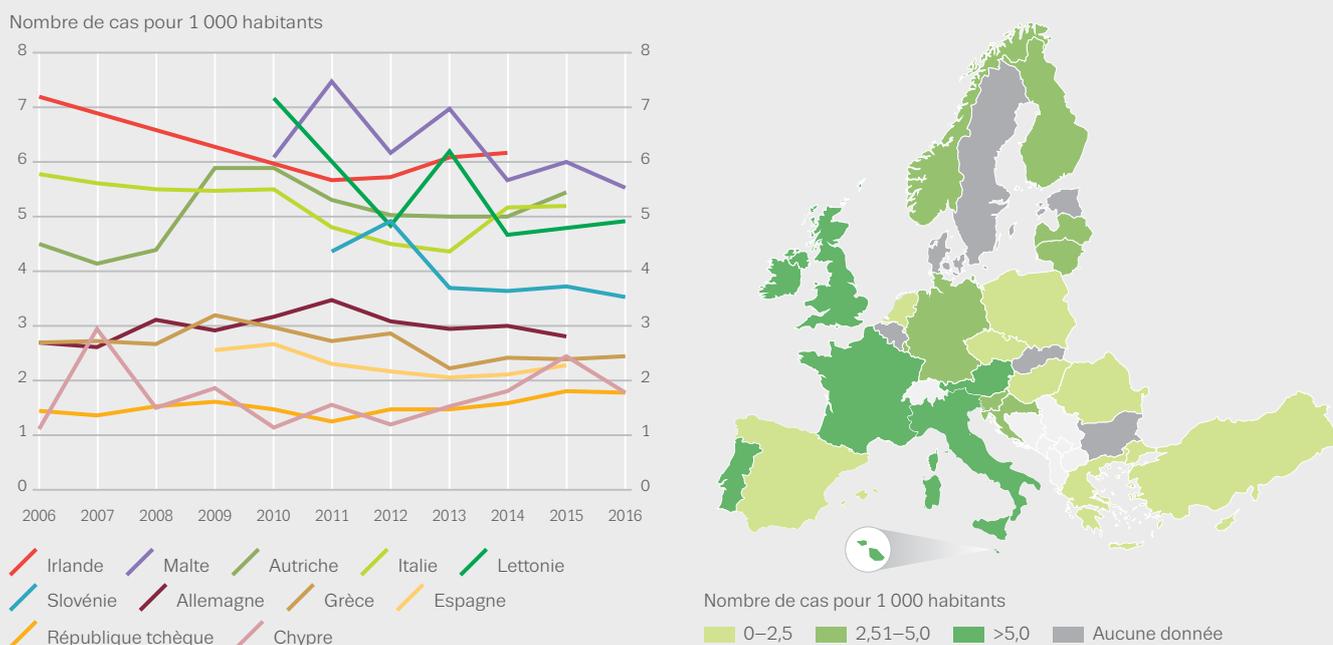
Si les niveaux de consommation des nouvelles substances psychoactives sont globalement faibles en Europe, l'EMCDDA a constaté dans une étude qu'elle a menée en 2016 que plus des deux tiers des pays ont fait état de leur consommation par des usagers problématiques de drogues. Plus spécifiquement, l'usage de cathinones de synthèse par des consommateurs s'injectant des opiacés et des stimulants a été associée à des problèmes sociaux et sanitaires. Qui plus est, la consommation de cannabinoïdes de synthèse par voie fumée dans des populations marginalisées, y compris chez les sans-abri et les détenus, a été identifiée comme un problème posé dans de nombreux pays européens.

Globalement, rares sont les patients qui entament actuellement un traitement pour des problèmes liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives, ces dernières représentant néanmoins un problème considérable dans certains pays. Selon les toutes dernières données, la consommation de cannabinoïdes de synthèse a été citée comme principal motif pour entamer un traitement spécialisé par 17 % des consommateurs en Turquie et 7 % en Hongrie; des problèmes liés à la consommation de cathinones de synthèse comme produit principal ont été cités par 0,3 % des patients débutant un traitement au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, la consommation de cannabinoïdes de synthèse chez les prisonniers est particulièrement préoccupante. Une enquête menée en 2016 dans les prisons du Royaume-Uni a montré que 33 % des 625 détenus déclaraient avoir consommé du «Spice» au cours du mois écoulé; à titre de comparaison, 14 % déclaraient avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois.

FIGURE 2.11

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



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 opioïdes 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 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 2016. 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. Les cinq pays de l'Union les plus peuplés (Allemagne, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni), qui regroupent 62 % de la population de l'Union européenne, comptent les trois quarts (76 %) du nombre estimé de ses consommateurs problématiques d'opiacés. Sur les 11 pays pour lesquels il existe des

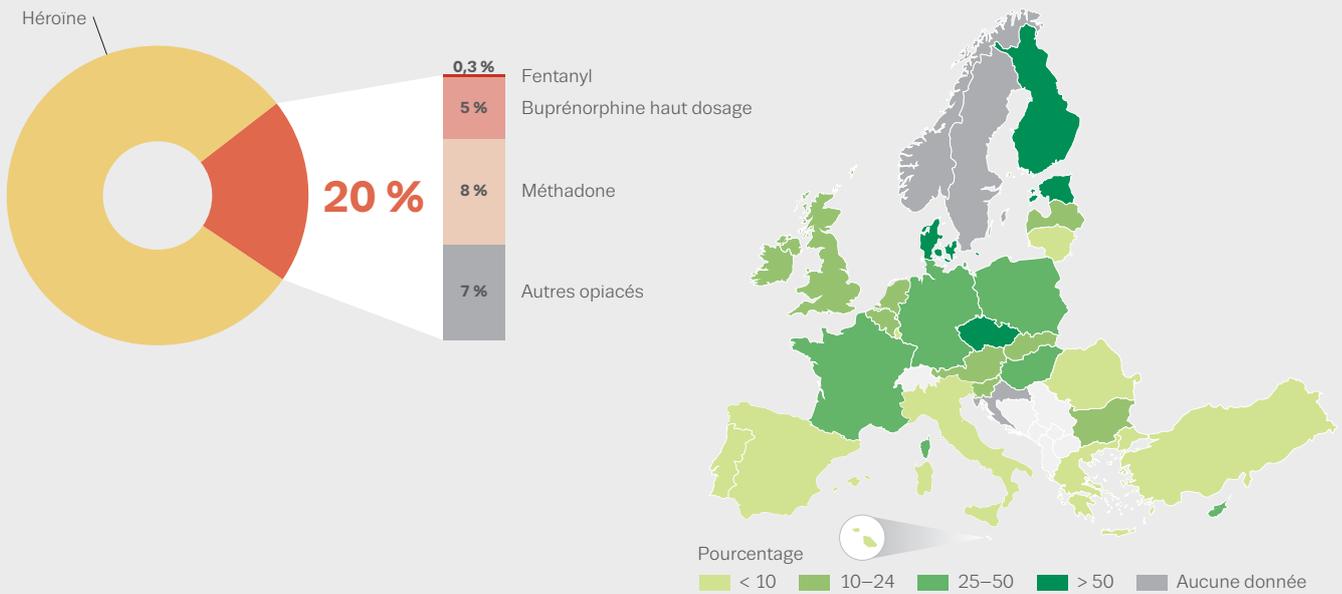
estimations régulières de consommation problématique d'opiacés entre 2006 et 2016, l'Espagne et l'Italie affichent une diminution statistiquement significative, tandis que les chiffres de la République tchèque montrent une augmentation également statistiquement significative (figure 2.11).

En 2016, la consommation d'opiacés a été citée comme étant le principal motif justifiant le suivi d'un traitement spécialisé par 177 000 patients, soit 37 % de l'ensemble des consommateurs admis en traitement en Europe. Parmi ces derniers, 35 000 suivaient un traitement pour la première fois. Quarante-deux pour cent 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.

Selon les données de tendances disponibles, le nombre d'héroïnomanes entamant un traitement pour la première fois a diminué de plus de moitié par rapport au chiffre record atteint en 2007, pour atteindre un seuil plancher en 2013 et se stabiliser ces dernières années.

FIGURE 2.12

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



Opioïdes de synthèse: des substances diverses observées dans toute l'Europe

Si l'héroïne reste l'opiacé illicite le plus consommé, plusieurs sources indiquent que les opioïdes 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. Les opioïdes 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 détournés de leur usage initial. Dans certains pays, les opioïdes autres que l'héroïne représentent les opioïdes les plus consommés parmi les patients admis en traitement spécialisé. En 2016,

CONSUMMATEURS D'HÉROÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

Caractéristiques

20% 80%



23 Âge moyen à la première consommation
34 Âge moyen à la première admission en traitement

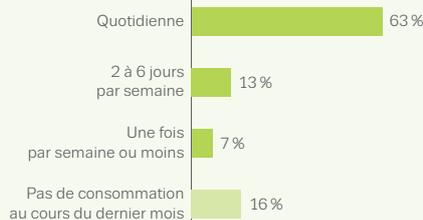
28 200 Patients admis en traitement pour la première fois
19%



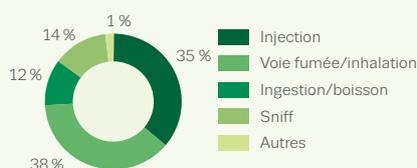
117 200 Patients admis en traitement traités antérieurement
81%

Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

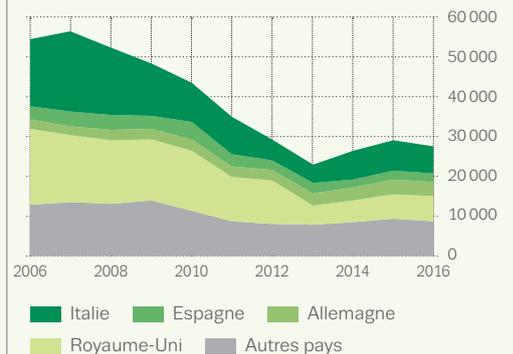
Consommation moyenne de 6 jours par semaine



Voie d'administration



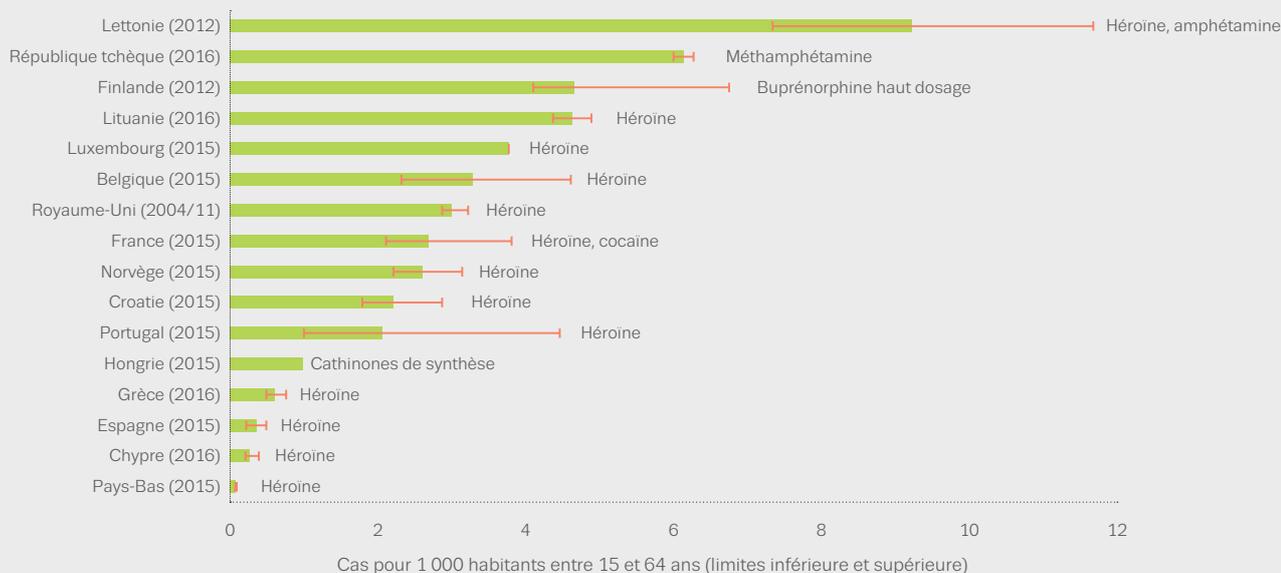
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



N.B.: outre celles pour les tendances, les données concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant l'héroïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les données relatives à l'Allemagne concernent les patients admis citant les opiacés comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 25 pays. Seuls les pays disposant de données pour au moins 9 des 11 années sont inclus dans le graphique des tendances. Les valeurs manquantes sont interpolées à partir des années précédentes ou suivantes. 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 2.13

Consommation de drogue par voie intraveineuse: dernières estimations de prévalence et principale drogue administrée par injection



18 pays européens ont déclaré que plus de 10 % de l'ensemble des patients consommateurs d'opioïdes admis en traitement s'étaient présentés pour des problèmes essentiellement liés à des opioïdes autres que l'héroïne (figure 2.12). En Estonie, la majorité des patients admis en traitement qui citaient un opioïde comme étant la drogue leur posant le plus de problèmes consommaient du fentanyl, tandis qu'en Finlande, la buprénorphine haut dosage était l'opioïde le plus fréquemment cité comme drogue principale consommée par cette même catégorie de patients. L'usage détourné de la buprénorphine haut dosage est cité par près de 30 % des consommateurs d'opiacés en République tchèque et celui de la méthadone par 22 % des consommateurs d'opiacés danois. À Chypre et en Pologne, entre 20 et 30 % des consommateurs d'opioïdes sont admis en traitement pour des problèmes liés à la consommation d'autres opioïdes, comme l'oxycodone (Chypre) et le «kompot», une héroïne fabriquée à partir de paille de pavot (Pologne). De plus, les usagers admis en traitement pour des problèmes associés à des nouvelles substances psychoactives provoquant des effets similaires aux opioïdes peuvent être comptabilisés sous l'intitulé général des opioïdes.

La consommation de drogues par voie intraveineuse continue de diminuer parmi les nouveaux patients admis en traitement

La consommation de drogues par voie intraveineuse est le plus souvent associée aux opioïdes, même si, dans certains pays, l'injection de stimulants tels que les amphétamines ou la cocaïne constitue un problème.

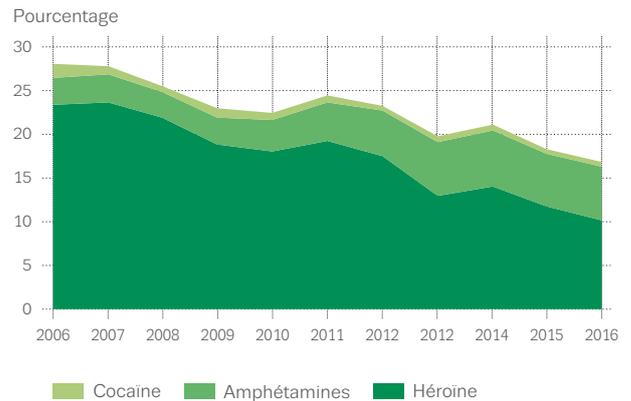
Seuls 16 pays disposent d'estimations de prévalence de la consommation de drogues par injection depuis 2011 et ces estimations oscillent entre moins d'un cas et neuf cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans. Dans la majorité de ces pays, la principale drogue injectée peut être clairement identifiée, bien que, dans certains, deux drogues présentent des niveaux élevés de consommation similaires. Les opioïdes sont cités comme étant la principale drogue injectée par voie intraveineuse dans la majorité (14) des pays (figure 2.13). L'héroïne est mentionnée dans 13 de ces pays, tandis que c'est la buprénorphine haut dosage qui est citée en Finlande. Les stimulants constituent la principale drogue administrée par injection dans quatre pays, où les substances consommées incluent les cathinones de synthèse (Hongrie), la cocaïne (France), l'amphétamine (Lettonie) et la méthamphétamine (République tchèque).

FIGURE 2.14

Parmi les patients qui entamaient pour la première fois un traitement spécialisé pour usage de drogues en 2016 et citaient l'héroïne comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes, 27 % déclaraient avoir recours à l'injection comme principale voie d'administration, contre 43 % en 2006. 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 citée en tant que principale voie d'administration par 1 % des patients admis pour la première fois en traitement pour leur usage de cocaïne et 47 % des patients admis pour la première fois en traitement pour leur consommation d'amphétamines en tant que drogue principale. La situation générale des amphétamines est cependant fortement influencée par la République tchèque qui regroupe 87 % des nouveaux consommateurs d'amphétamines par injection en Europe. 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, passant de 28 % en 2006 à 17 % en 2016 (figure 2.14).

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'opioïdes par voie intraveineuse, les usagers de drogues en traitement dans certains pays et les individus pratiquant l'échange de seringues en Hongrie. 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.

Injecteurs admis en traitement pour la première fois et citant l'héroïne, la cocaïne ou les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes: en pourcentage des patients déclarant l'injection comme voie d'administration principale



N.B.: Les tendances sont basées sur 21 pays disposant de données pour au moins 9 des 11 années.



L'injection de cathinones de synthèse continue d'être rapportée dans certaines populations particulières

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

2012

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

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

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

**La consommation de drogues
illicites pèse de façon non négligeable
sur le fardeau global des maladies**

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

La consommation de drogues illicites pèse de façon non négligeable sur le fardeau global des maladies. 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. L'usage de drogue par voie intraveineuse (injection) accroît les risques. En comparaison, même si les problèmes de santé liés à l'usage de cannabis sont moins importants, 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.

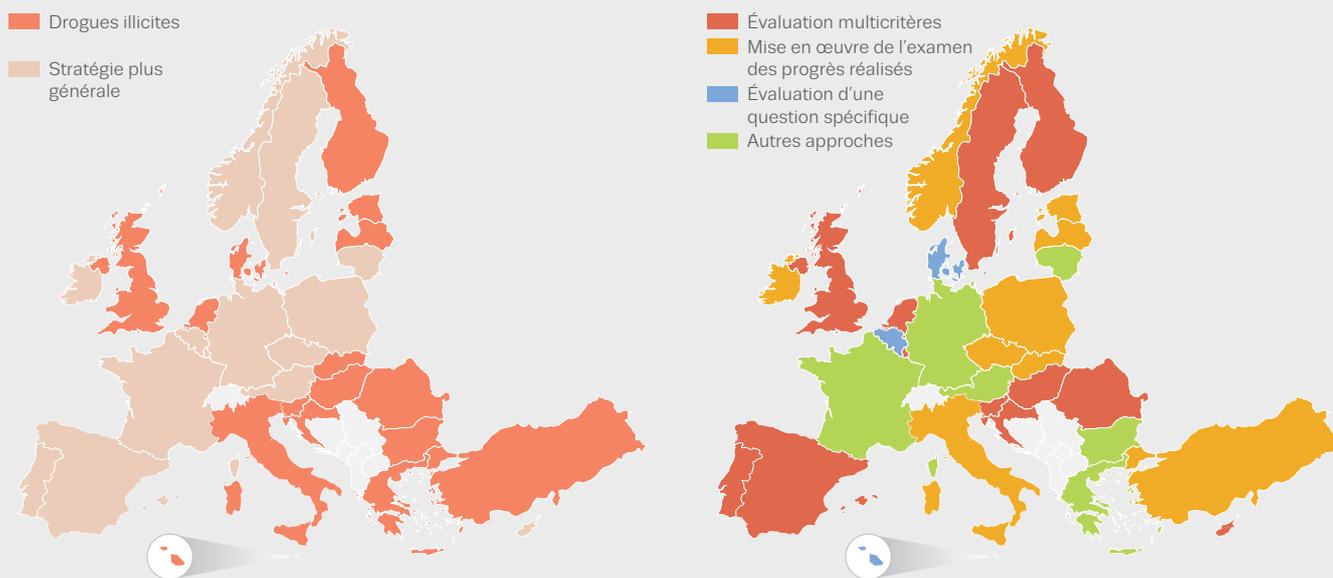
L'élaboration et la mise en œuvre de réponses efficaces qui s'appuient sur des données scientifiquement validées sont des priorités pour les politiques antidrogues européennes et impliquent de recourir à des mesures variées. La prévention et les interventions précoces visent à prévenir l'usage de drogues 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 des 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. Des informations complémentaires sont disponibles sur le site web de l'EMCDDA, dans la publication

FIGURE 3.1

Axe de priorité des documents nationaux de stratégie antidrogues (à gauche) et méthodes d'approche de l'évaluation (à droite) en 2017



N.B.: les stratégies plus générales peuvent englober, par exemple, les drogues licites 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.

Health and social responses to drug problems: a European Guide (Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogues: un guide européen) et les supports en ligne connexes, ainsi que sur le [portail des bonnes pratiques](#).

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: une approche plus globale

Près de la moitié des 30 pays suivis par l'EMCDDA incluent désormais différentes combinaisons de problématiques de dépendance comportementale et de dépendance à des substances ainsi qu'aux drogues illicites dans leurs stratégies nationales de lutte antidrogues. Ces outils de planification

sont utilisés par les gouvernements pour mettre au point leur approche globale et leurs réponses spécifiques aux différents défis sanitaires, sociaux et sécuritaires que posent les problèmes de drogues. Si, au Danemark, la politique nationale antidrogues 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 antidrogues. Dans 16 pays, la stratégie antidrogues se concentre principalement sur les drogues illicites. Dans les 14 autres pays, les priorités sont plus générales et d'autres substances et conduites addictives font l'objet d'une attention plus grande (figure 3.1). 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 16. 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 documents, le tabac dans dix d'entre eux, les médicaments dans neuf, les produits dopants (par exemple, les substances améliorant les performances sportives) dans trois et les conduites addictives (par exemple, les jeux d'argent) dans huit documents. Quelle que soit l'approche mise en avant, toutes les stratégies antidrogues nationales reflètent l'approche équilibrée de la stratégie antidrogues de l'UE (2013-2020) et de son plan d'action (2017-2020), qui met en exergue à la fois la réduction de la demande et la réduction de l'offre de drogues.

Tous les pays européens évaluent leurs stratégies antidrogues nationales, bien qu'avec tout un éventail d'approches différentes. 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 2017, douze évaluations fondées sur une série de critères, neuf examens de l'état d'avancement de la mise en œuvre et trois 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 des évaluations au moyen d'indicateurs à des projets de recherche (figure 3.1). La tendance à recourir à des stratégies plus générales se reflète peu à peu par l'utilisation d'évaluations avec un champ d'application plus large. À ce jour, la France, le Luxembourg, la Suède et la Norvège ont publié des évaluations de stratégies plus globales. Cette extension du champ d'application de la stratégie s'accompagne de la possibilité de parvenir à une approche de la santé publique plus intégrée, mais également de défis en termes de coordination de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

Prévention fondée sur des données scientifiquement validées: soutenir la mise en œuvre

La prévention de l'usage de drogues et des problèmes liés aux drogues chez les jeunes est un des objectifs primordiaux des stratégies antidrogues nationales des pays de l'Union européenne et englobe une grande variété d'approches. 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.

Ces dernières années, la mise en œuvre de programmes de prévention fondés sur des données factuelles fait l'objet d'un intérêt croissant, notamment avec l'introduction de registres, d'initiatives de formation et de normes de qualité. En 2018, des registres ont été créés ou sont en cours de développement dans plus d'un tiers des 30 pays de l'EMCDDA. Ces registres incluent des critères d'entrée et de notation en vue de l'efficacité des programmes. Le registre européen Xchange renvoie à des registres nationaux et contient quelque 20 programmes de prévention antidrogues s'appuyant sur des manuels qui ont été scrupuleusement évalués et dont les résultats ont été notés. Il partage également certaines expériences des spécialistes s'agissant des problèmes rencontrés lors la mise en œuvre de ces programmes, notamment en ce qui concerne les obstacles organisationnels et culturels (problèmes de recrutement, temporels et d'adaptation), et des solutions qui ont été apportées pour résoudre ces problèmes.

La formation professionnelle est essentielle au succès de l'introduction des mesures de prévention. Force est de constater toutefois que les occasions de formation formelle en science de la prévention s'avèrent limitées. Une nouvelle initiative, qui porte le nom de «Universal Prevention Curriculum» (Programme universel de prévention) et qui se fonde sur des normes internationales en matière de preuve, a récemment été adaptée à un public européen, sous la forme d'un programme universitaire de 9 semaines et d'une formation accélérée de 3 à 5 jours (UPC-Adapt) à destination des faiseurs d'opinions et des responsables politiques régionaux ou locaux. La version accélérée est en cours de mise en œuvre dans un tiers des États membres de l'UE en 2018.

Prévention environnementale: des programmes à composantes multiples visant les lieux de vie nocturne

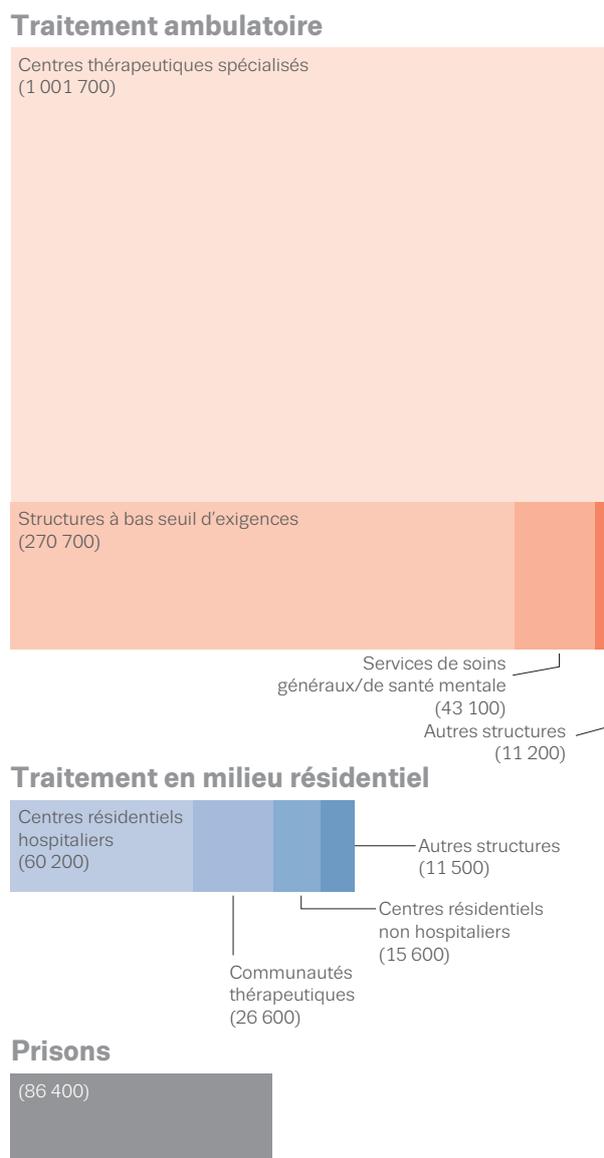
Le recours accru à des approches environnementales de la prévention dans les lieux de vie nocturne est rapporté par plusieurs pays, principalement dans le nord de l'Europe. La plupart des approches environnementales ciblent principalement l'alcool, mais les facteurs de risque (contextuels) communs s'agissant de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues peuvent rendre ces approches également pertinentes dans le cadre de la prévention portant sur d'autres substances. Quoi qu'il en soit, leur mise en œuvre reste limitée. Une approche intéressante consiste en une intervention à composantes multiples, combinant une formation du personnel de service dans les lieux de vie nocturnes, des contrôles aux entrées des établissements, des mécanismes de supervision et une mobilisation de la communauté. Certains éléments donnent à penser que cette approche peut se montrer efficace pour réduire les problèmes liés à l'alcool et aux drogues. À titre d'exemple, le projet suédois STAD est désormais repris dans 6 autres pays de l'Union européenne. Malgré tout, en 2016, deux pays seulement (à savoir la Finlande et le Royaume-Uni) ont fait état d'une large disponibilité d'interventions à composantes multiples.

Santé connectée (m-health): étendre l'accès aux interventions

De plus en plus, toute une série d'interventions liées aux drogues sont également disponibles en ligne, notamment via des applications de santé pour smartphones (m-health). Les interventions de santé connectée et via Internet peuvent élargir la portée et la couverture géographique des programmes de prévention et de traitement pour atteindre des personnes qui, autrement, pourraient ne pas avoir accès

FIGURE 3.2

Nombre de patients suivant un traitement pour usage de drogues en Europe en 2016, par structure



aux services de soins spécialisés en matière de drogues. Les interventions accessibles au moyen de smartphones recouvrent les outils d'apprentissage en ligne destinés aux professionnels de la toxicomanie, des programmes de prévention ou de réduction des risques des drogues, servent à informer via les plateformes de réseaux sociaux, ou encore à assurer le suivi, la supervision et la prise en charge des patients.

Une récente étude de l'EMCDDA a recensé plus de 60 applications de santé en rapport avec les drogues disponibles dans les boutiques d'applications en ligne, dont près de la moitié viennent d'Europe. La majorité des applications proposent des informations en lien avec les drogues, ainsi qu'une certaine forme d'intervention. Les interventions européennes de santé ont principalement pour but de promouvoir la réduction des risques parmi les fêtards et les jeunes. Parmi les techniques employées dans les applications figurent des méthodes d'intervention de traitement disponibles via internet, comme des journaux permettant de consigner sa consommation, des commentaires personnalisés sur des objectifs fixés par la personne concernée dans le but de réduire sa consommation de drogues, et une interaction avec des professionnels du traitement, par exemple, via une messagerie chiffrée. Certaines applications utilisent également des techniques de prévention efficaces comme les méthodes de normes sociales et la réduction par les pairs des idées reçues sur l'usage de drogue. L'absence de normes de qualité pour les applications de santé dans le domaine des drogues, ainsi que les préoccupations entourant la protection des données et la pauvreté d'éléments scientifiquement validés constituent des obstacles à toute évolution future dans ce domaine. Quoi qu'il en soit, les applications de santé connectée sont à même de devenir d'importants outils d'intervention en matière de drogues pour les usagers et les professionnels de toute l'Europe.

Traitement pour usage: les services communautaires

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 prise en charge adéquats est un objectif stratégique essentiel.

La majeure partie du traitement pour usage en Europe est assuré par des structures ambulatoires, les centres de traitement ambulatoire spécialisés représentant le premier fournisseur de ce type de service en nombre d'usagers de drogues traités (figure 3.2). Les structures à bas seuil

d'exigence représentent la deuxième catégorie en nombre de prestataires de traitement, suivis des centres de soins généraux et de santé mentale. Cette dernière catégorie inclut des cabinets de médecins généralistes, qui sont d'importants prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés dans certains grands pays tels que la France et l'Allemagne. Ailleurs, en Slovénie par exemple, les centres ambulatoires de santé mentale jouent un rôle dans l'offre de traitements.

Un pourcentage moindre des traitements en Europe est dispensé dans des centres avec hébergement, principalement les centres résidentiels hospitaliers (par exemple les hôpitaux psychiatriques), mais également les communautés thérapeutiques et les centres thérapeutiques résidentiels spécialisés. L'importance relative des services

FIGURE 3.3

ambulatoires et en milieu résidentiel au sein des systèmes de traitement nationaux varie considérablement d'un pays à l'autre.

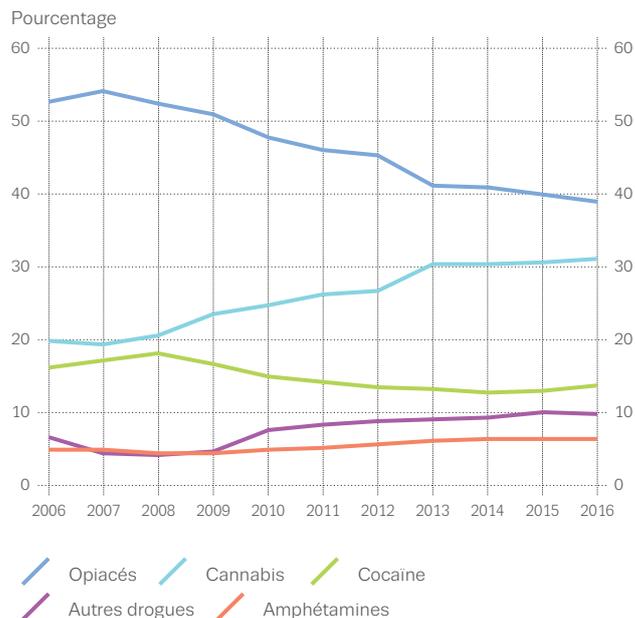
Traitement pour usage: voies d'accès et parcours suivis par les patients

Selon les estimations, 1,3 million de personnes ont bénéficié d'un traitement pour usage de drogues illicites dans l'Union européenne en 2016 (1,5 million avec la Norvège et la Turquie). L'auto-orientation reste la voie la plus empruntée par les patients admis en traitement spécialisé. Ce type d'orientation, qui englobe aussi l'orientation par des membres de la famille ou des proches, concerne près de la moitié (48 %) des patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe en 2016. Environ un quart (26 %) des patients ont été orientés par les services de santé, les services d'éducation et les services sociaux, tandis que 16 % ont été orientés par le système pénal. 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. Cependant, dans certains pays, ces personnes peuvent également être réorientées à un stade plus précoce de la procédure pénale.

Les pratiques d'orientation vers des programmes de traitement varient considérablement, à la fois d'un pays à un autre et en fonction de la drogue posant le plus de problèmes. Le système pénal joue un rôle particulièrement important dans l'orientation vers des programmes de traitement des usagers de cannabis. Globalement, en Europe, le système pénal oriente 26 % des usagers de cannabis vers des programmes de traitement. Cependant, cette proportion fluctue grandement selon les pays. En 2016, parmi les pays comptabilisant plus de 100 nouveaux usagers de cannabis admis en traitement, la proportion de ceux orientés par les tribunaux, les agents de probation ou les services de police oscille entre 2 % aux Pays-Bas et plus de 80 % en Hongrie et en Roumanie.

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 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 résultats d'une analyse des données

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



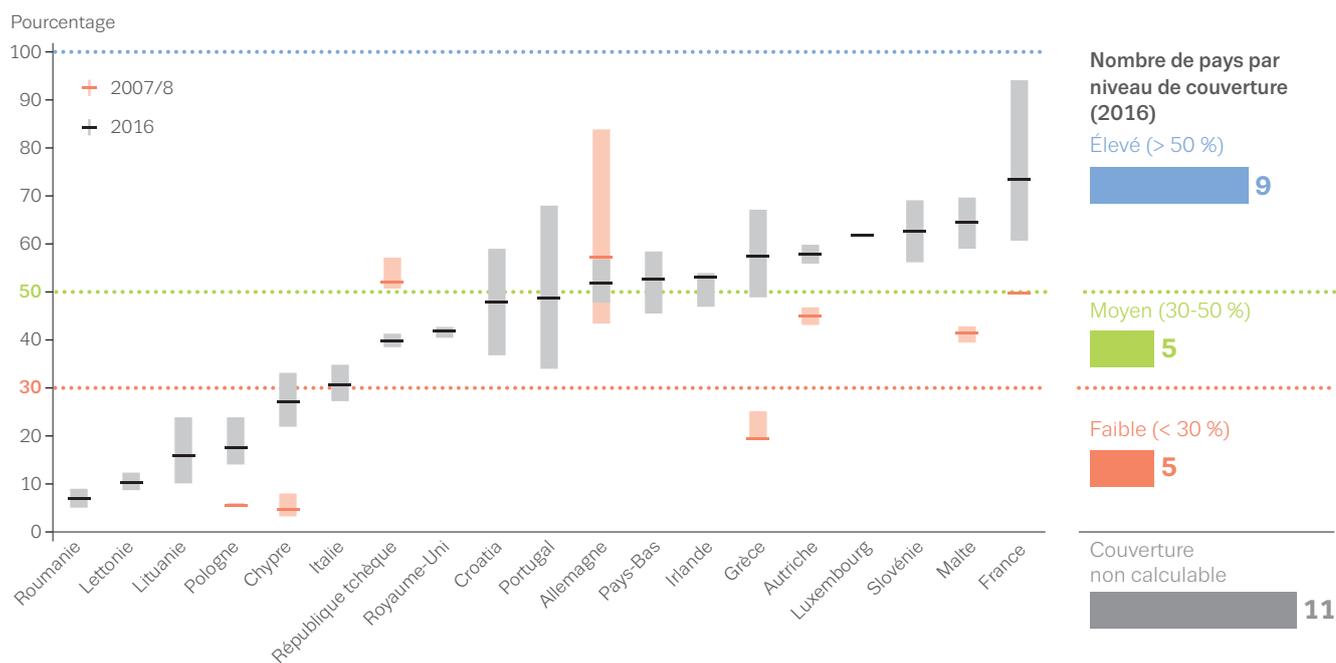
de 2016 relatives aux traitements spécialisés de neuf pays européens permettent de mieux comprendre ce parcours. Sur les 370 000 usagers déclarés en cours de traitement dans ces pays au cours de l'année, à peine moins de 20 % avaient été admis en traitement pour la toute première fois de leur vie; 27 % avaient déjà été admis en traitement par le passé, et plus de la moitié faisait l'objet d'un traitement continu depuis plus d'un an. La plupart des patients en traitement continu étaient des hommes approchant la quarantaine qui avaient entamé leur traitement plus de trois ans auparavant pour des problèmes liés à l'usage d'opioïdes, en particulier d'héroïne.

Traitement de substitution aux opiacés: une offre nationale variée

Un traitement de substitution, souvent 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. Les usagers de cannabis et ceux de cocaïne représentent les deuxième et troisième groupes les plus importants poussant la porte des services de traitement (figure 3.3). La principale modalité de traitement pour ces usagers consiste en des interventions psychosociales.

FIGURE 3.4

Couverture du traitement de substitution aux opiacés (estimation du pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés recevant un traitement de substitution) en 2016 ou l'année la plus récente disponible et en 2007/2008



D'après les estimations, 628 000 usagers d'opiacés ont reçu un traitement de substitution dans l'Union européenne en 2016 (636 000 en incluant la Norvège). Le nombre de patients a d'abord connu une augmentation globale et a atteint un niveau record en 2010, avant de reculer de 10 % jusqu'en 2016. Entre 2010 et 2016, des diminutions ont été observées dans 12 pays, les plus fortes (diminutions supérieures à 25 %) étant signalées par l'Espagne, 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, dans l'objectif d'améliorer leur couverture thérapeutique: 16 pays ont ainsi signalé des augmentations du nombre des consommateurs recevant un traitement de substitution entre 2010 et 2016, parmi lesquels figurent la Lettonie (173 %), la Roumanie (167 %) et la Grèce (57 %).

Une comparaison avec les estimations actuelles du nombre d'usagers problématiques d'opioïdes en Europe semble indiquer que, globalement, environ la moitié de ces consommateurs reçoivent un traitement de substitution, mais il existe des différences entre les pays (figure 3.4). Dans ceux pour lesquels des données de 2007 ou 2008 sont disponibles à des fins de comparaison, on observe généralement un accroissement de la couverture. Toutefois, les niveaux d'offre demeurent faibles dans certains pays.

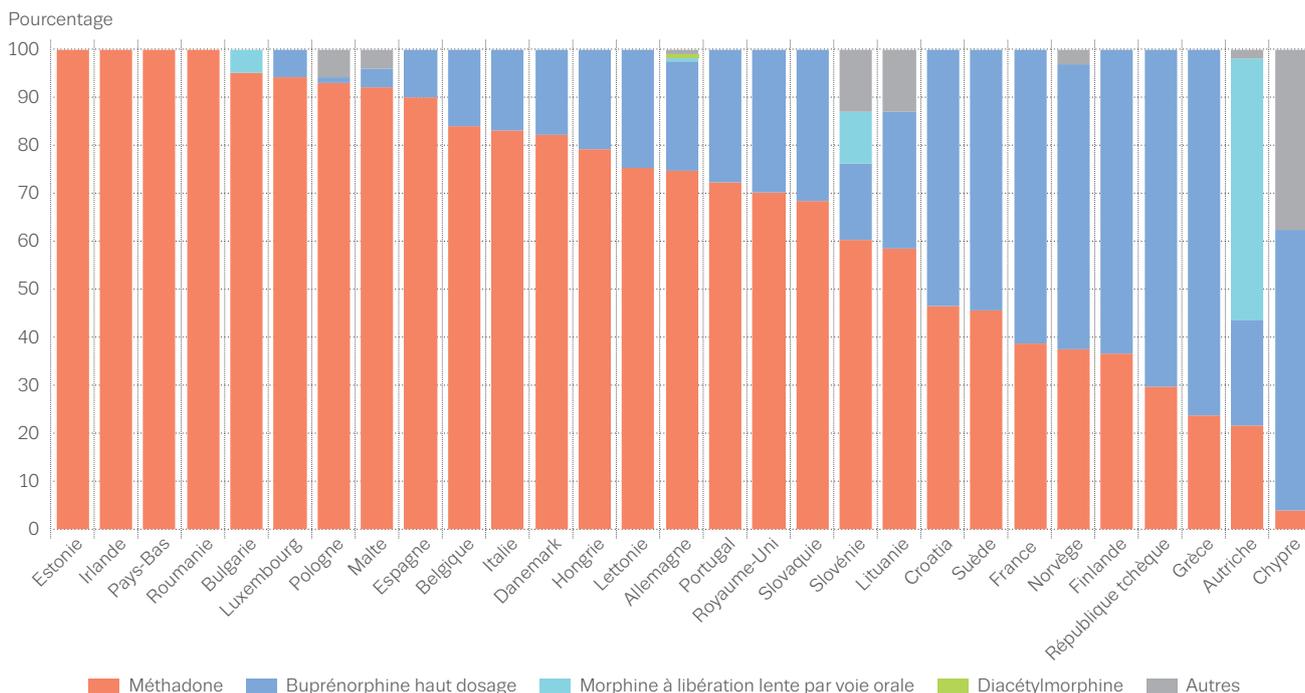
Près des deux tiers (63 %) des patients en traitement de substitution en Europe reçoivent de la méthadone, qui est le médicament de substitution aux opiacés le plus couramment prescrit, les traitements à base de buprénorphine haut dosage étant administrés à 35 % des patients. Cette dernière substance constitue le principal médicament de substitution dans huit pays (figure 3.5). 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 majorité des personnes recevant un traitement de substitution en Europe ont plus de 35 ans et sont sous traitement depuis plus de 2 ans. D'autres options de traitement sont proposées aux consommateurs d'opiacés dans tous les pays européens. Dans les treize pays pour lesquels des données sont disponibles, entre 3 % et 28 % de l'ensemble des consommateurs d'opiacés en traitement bénéficient d'interventions ne faisant pas intervenir de produits de substitution.

Résultats des traitements: le rôle des normes de qualité

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. Cependant, la mise en place d'un suivi des résultats est entravée par l'absence de consensus sur les objectifs des

FIGURE 3.5

Proportion d'usagers recevant différents types de médicaments de substitution aux opiacés sur prescription dans les pays européens



N.B.: Les données relatives au Royaume-Uni concernent l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord.

PATIENTS SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Population

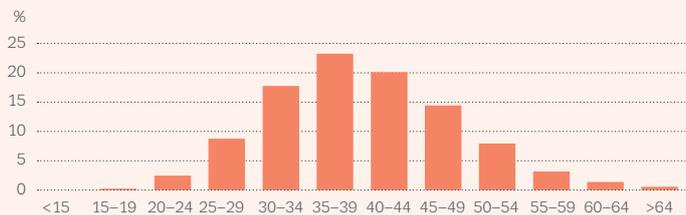
628 000 UE

636 000 UE + Norvège

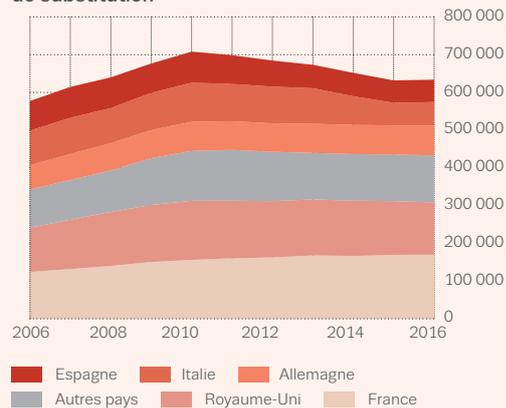
26% 74%



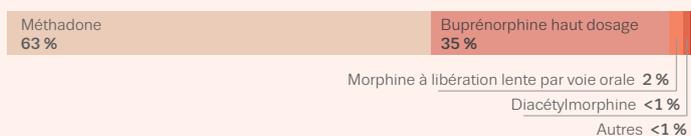
Répartition par âge



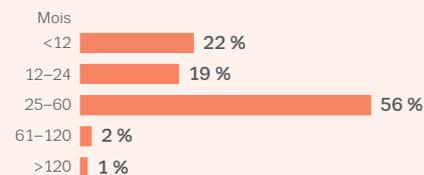
Évolution du nombre de traitements de substitution



Type de traitement



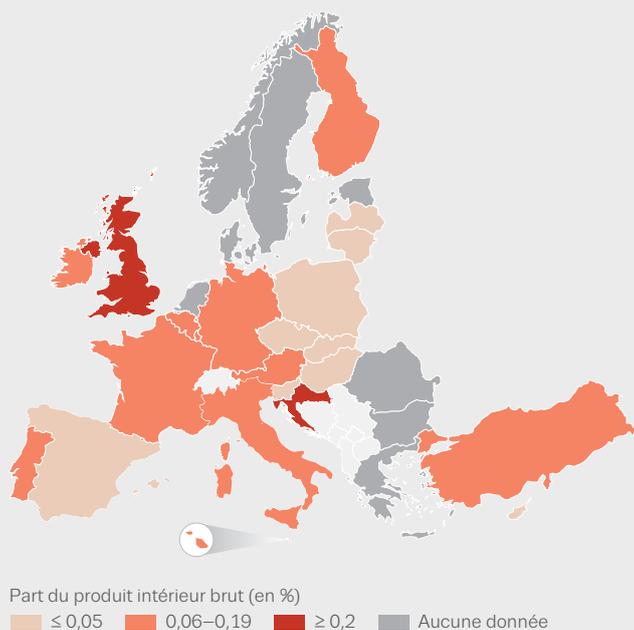
Durée du traitement



N.B.: seuls les pays disposant de données pour au moins 8 des 11 années sont inclus dans le graphique des tendances. Les valeurs manquantes sont interpolées à partir des années précédentes ou suivantes.

FIGURE 3.6

Dernières estimations des dépenses publiques liées à la drogue (en % du PIB)



traitements et les mécanismes d'évaluation adéquats de ces objectifs. Dans un travail récent l'EMCDDA a mis en exergue la grande variabilité des résultats mesurés recensant huit différents domaines de résultats: «consommation de drogues», «infraction», «santé», «résultats liés au traitement», «fonctionnement social», «problèmes associés», «mortalité», et «estimations économiques».

Le recours à des normes de qualité constitue une autre manière de garantir la bonne mise en place d'interventions et de recommandations quant à la pratique décrite dans les recommandations. Si, en général, la mise en œuvre au moyen de normes se fait au niveau local, il existe également des normes internationales utilisées pour trouver un consensus sur des principes généraux d'intervention. À titre d'exemple, les normes européennes de qualité minimale relatives à la réduction de la demande de drogues adoptées par le Conseil de l'UE fixent les principes généraux qui sont mis en œuvre de diverses façons au niveau national.

Réagir aux problèmes liés aux drogues: dépenses et coûts

Comprendre les coûts des actions antidrogues constitue un aspect important de l'élaboration et 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. Au cours des 10 dernières années, 22 pays ont produit des estimations complètes des dépenses publiques liées aux drogues (figure 3.6). Ces estimations oscillent

entre 0,01 % et 0,5 % du produit intérieur brut (PIB), la moitié d'entre elles environ étant comprises entre 0,05 % et 0,2 % du PIB.

La part des dépenses des initiatives visant à réduire la demande dans le budget général des actions antidrogues varie considérablement d'un pays à l'autre, oscillant entre 21 % et 75 % des dépenses publiques liées aux drogues selon les estimations transmises à l'EMCDDA au cours des dix dernières années. Les coûts de traitement pour usage et les autres coûts sanitaires représentent une part importante des dépenses estimées associées aux interventions visant à réduire la demande. Si les différences nationales s'expliquent partiellement par des choix variables en matière de politique et d'offre, ainsi que par des divergences dans les problèmes liés aux drogues rencontrés et dans l'organisation des services publics, les différentes méthodologies d'estimation employées ont également une incidence importante sur les résultats.

Problèmes aigus liés aux drogues: prédominance de l'héroïne et de la cocaïne

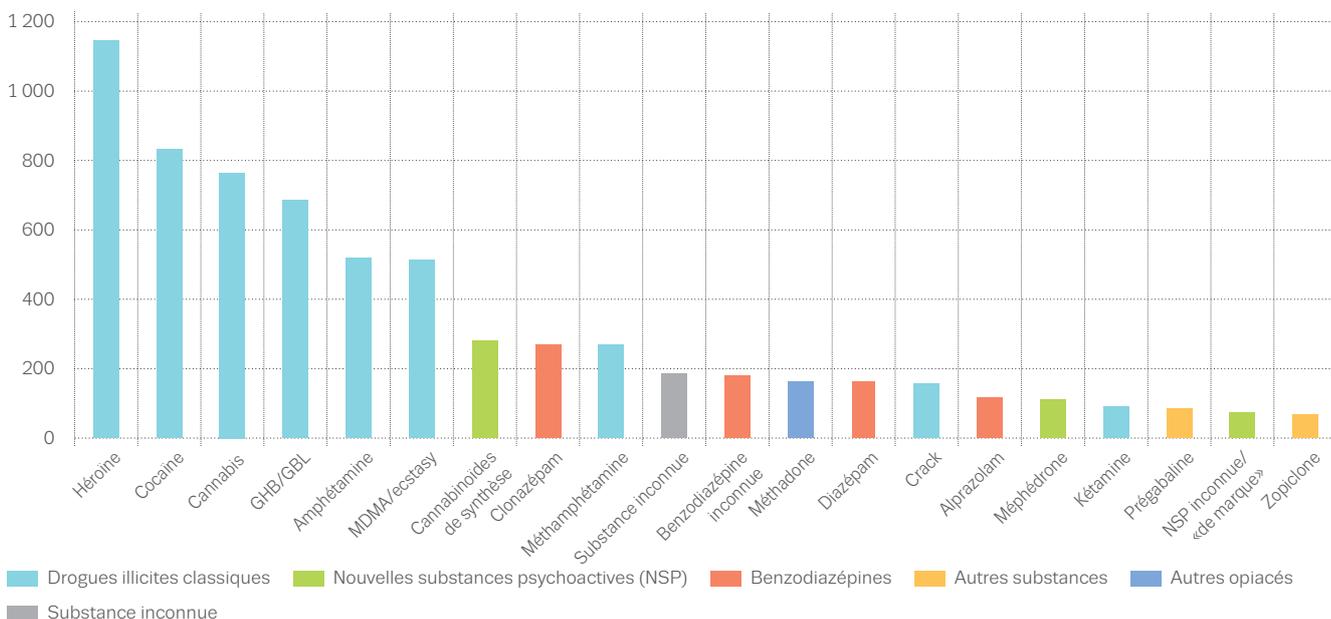
Les données émanant des urgences hospitalières peuvent livrer des enseignements sur les problèmes aigus liés aux drogues et permettre de mieux comprendre l'incidence sur la santé publique de la consommation de drogues en Europe. Un petit nombre de pays seulement comptabilise le nombre d'urgences liées aux drogues au niveau national. Parmi ces derniers, la Lituanie et le Royaume-Uni ont déclaré que les passages aux urgences en lien avec l'héroïne étaient en augmentation. Réciproquement, la République tchèque et le Danemark ont fait état d'une tendance à la baisse du nombre des passages aux urgences en lien avec l'héroïne. En Espagne, la cocaïne était impliquée dans près de la moitié des passages aux urgences liés aux drogues déclarés en 2015 et cette proportion, précédemment en baisse, se stabilise aujourd'hui. Dans le même temps, la proportion des passages aux urgences associés au cannabis n'a cessé d'augmenter. La Slovénie rapporte également une tendance à la hausse en 2016 du nombre des passages aux urgences liés à la cocaïne, aux amphétamines et au GHB. En 2016 toujours, les régions «sentinelles» des Pays-Bas ont fait état de 272 passages aux urgences en lien avec la 4-fluoroamphétamine (4-FA), un nouveau stimulant du système nerveux central. La majorité de ces cas ont été observés dans des postes de premiers secours de lieux de vie nocturne, tandis que près d'un tiers des appels d'ambulance liés aux drogues étaient associés à un usage de GHB.

Les passages dans 19 hôpitaux «sentinelles» de 13 pays européens pour toxicité aiguë liée aux drogues sont

FIGURE 3.7

Les vingt drogues les plus consommées dans le cadre de passages aux urgences dans des hôpitaux sentinelles en 2016

Identification de drogue



N.B.: résultats issus de 4 874 passages aux urgences dans 19 hôpitaux sentinelles dans 13 pays européens. Source: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

contrôlés par le *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN Plus – le Réseau européen des urgences liées aux drogues). En 2016, ce projet a enregistré 4 874 passages aux urgences: l’âge moyen des personnes concernées était de 32 ans et les hommes (77 %) étaient à l’origine de la majeure partie des visites. Près des trois quarts des patients concernés arrivaient en ambulance. La majorité (78 %) était autorisée à sortir de l’hôpital dans les 12 heures. Une petite minorité (6 %) était admise en soins intensifs ou dans une unité psychiatrique (4 %). Vingt-deux décès au total ont été consignés, dont 13 associés aux opiacés.

En moyenne, chaque passage aux urgences impliquait 1,5 substance (pour un total de 7 423 identifications). Les drogues les plus couramment impliquées étaient l’héroïne, la cocaïne, le cannabis, le GHB/GBL, l’amphétamine et la MDMA (figure 3.7). Un cinquième (21 %) des passages aux urgences concernaient des médicaments délivrés sur ordonnance ou en vente libre qui avaient été détournés de leur usage initial (le plus souvent des opiacés et des benzodiazépines) et 7 % de ces passages étaient dus à des nouvelles substances psychoactives (contre 9 % en 2015 et 6 % en 2014). Le nombre de passages aux urgences associés aux cathinones de synthèse a considérablement diminué, passant de 400 en 2014 à 160 en 2016, tandis que, dans le même temps, le nombre de passages aux urgences associés aux cannabinoïdes de synthèse a connu une augmentation, passant de 28 à 282. La hausse du nombre de passages aux urgences liées à des

cannabinoïdes de synthèse est principalement due aux centres londoniens et polonais.

Les drogues à l’origine des passages aux urgences différaient selon les hôpitaux, reflétant ainsi les différentes zones couvertes par les hôpitaux et les habitudes locales de consommation. Par exemple, les situations d’urgence impliquant 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).

Nouvelles drogues: risque et teneur en principe actif élevés

Les nouvelles substances psychoactives, dont les opioïdes de synthèse, cannabinoïdes de synthèse et cathinones de synthèse, sont associées à divers risques graves en Europe et constituent un véritable problème pour la politique antidrogues. Les opioïdes de synthèse et les cannabinoïdes de synthèse sont deux groupes de substances particulièrement préoccupants.

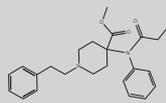
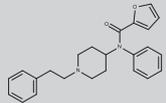
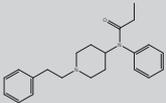
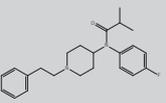
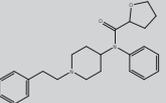
Quoique peu répandus sur le marché européen des drogues, de nouveaux opioïdes représentent une grave menace pour la santé individuelle comme pour la santé publique en général. Les dérivés du fentanyl, qui représentent la majorité des nouveaux opioïdes surveillés par l'EMCDDA, sont une source d'inquiétude particulière. Ces substances peuvent être singulièrement dosées en principe actif, des quantités infimes pouvant entraîner une intoxication engageant le

pronostic vital à la suite d'une détresse respiratoire rapide et sévère. Cela les rend particulièrement dangereuses, notamment pour les usagers peu méfiants qui pensent acheter de l'héroïne, d'autres drogues illicites ou des antidouleurs. Dans ces circonstances, une évaluation de la disponibilité de la naloxone comme antidote aux opioïdes pourrait se révéler nécessaire. Outre les risques élevés de surdose, les dérivés du fentanyl semblent également avoir 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'opioïdes.

Des investigations et des évaluations des risques conjointes

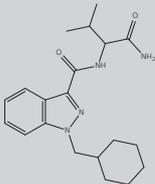
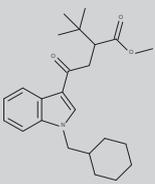
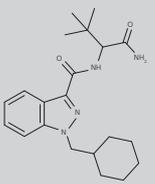
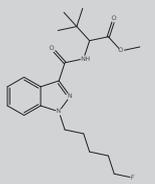
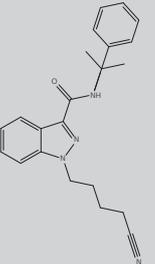
À la suite de la réalisation de deux études conjointes sur l'acryloylfentanyl et le furanylfentanyl, menées en 2016 par l'EMCDDA et Europol, cinq autres dérivés du fentanyl ont été étudiés en 2017 après le signalement de décès par le système d'alerte précoce de l'Union européenne. Ces substances (4-fluoroisobutyrylfentanyl, tétrahydrofuranylfentanyl, carfentanil, méthoxyacetylfentanyl, cyclopropylylfentanyl) étaient impliquées dans plus de 160 décès, dont plusieurs imputés directement à ces substances. De manière générale, cinq des substances concernées ont également fait l'objet d'une évaluation formelle des risques par l'EMCDDA au cours de l'année 2017 (tableau 1); les deux autres substances seront examinées en 2018. À ce jour, l'acryloylfentanyl et le furanylfentanyl ont été soumis à des mesures de contrôle au niveau de l'Union européenne en raison des risques qu'ils présentent pour la santé publique en Europe.

Tableau 1. Principaux résultats des évaluations des risques menées sur cinq dérivés du fentanyl

Dénomination commune	Carfentanil	Furanylfentanyl	Acryloylfentanyl	4F-iBF (4-fluoroisobutyrylfentanyl)	THF-F (tétrahydrofuranylfentanyl)
Structure chimique					
Notification officielle dans le système d'alerte précoce de l'Union européenne	12 février 2013	3 novembre 2015	7 juillet 2016	26 août 2016	23 décembre 2016
Nombre de décès	61	23	47	20	14
Nombre de pays dans lesquels des décès associés sont survenus	8	6	3	2	1
Nombre de saisies par les services répressifs	801	143	162	24	53
Nombre de pays où la substance a été saisie (UE, Turquie et Norvège)	7	14	5	4	1

Toujours au cours de l'année 2017, quatre cannabinoïdes de synthèse ont fait l'objet d'une enquête ayant donné lieu à des évaluations des risques (tableau 2). Ces substances (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) étaient impliquées dans plus de 80 décès. Ces dernières suivent les traces du MDMB-CHMICA, le premier cannabinoïde à faire l'objet d'une évaluation des risques par l'EMCDDA. L'intoxication grave que peuvent provoquer ces substances s'explique notamment par leur forte teneur en principe actif et de mauvaises conditions 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 produits peuvent contenir des quantités toxiques de substance, ce qui entraîne un risque accru d'intoxication.

Tableau 2. Principaux résultats des évaluations des risques menées sur cinq cannabinoïdes de synthèse

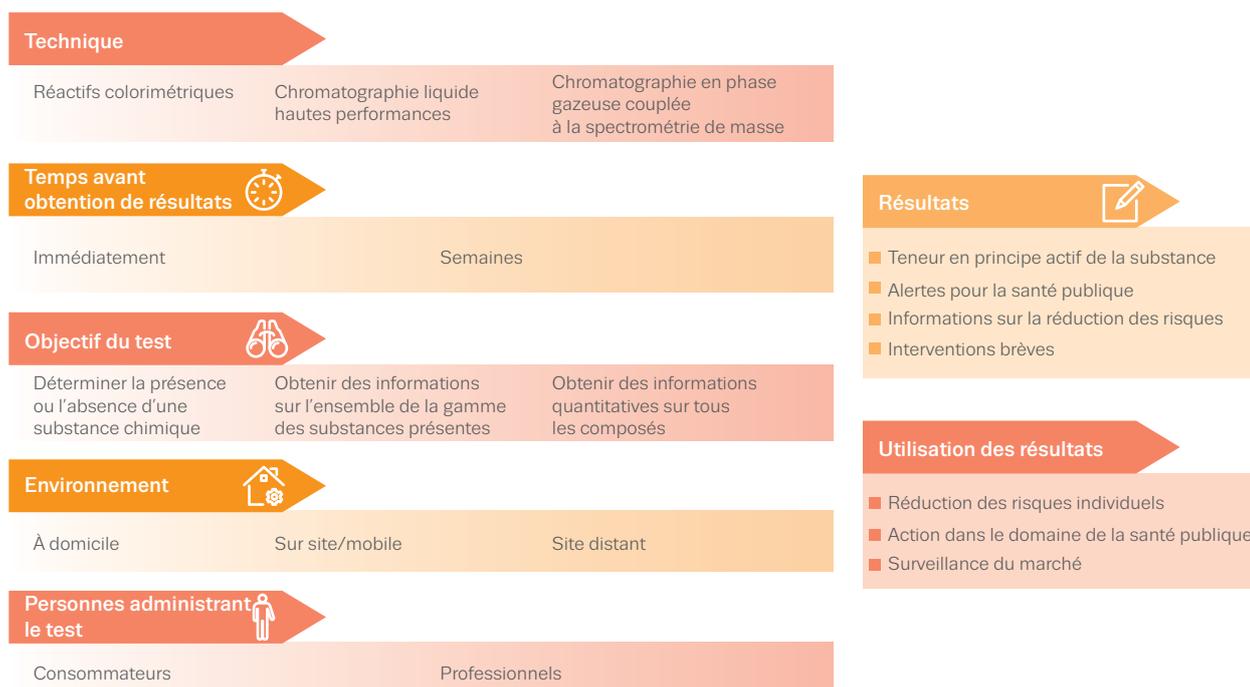
Dénomination commune	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Structure chimique					
Notification officielle dans le système d'alerte précoce de l'Union européenne	10 avril 2014	12 septembre 2014	24 septembre 2014	8 janvier 2015	4 mars 2016
Nombre de décès	31	29	13	28	11
Nombre de pays dans lesquels des décès associés sont survenus	6	6	3	2	2
Nombre de saisies par les services répressifs	6422	> 3 600	3794	1986	2461
Nombre de pays où la substance a été saisie (UE, Turquie et Norvège)	26	25	19	27	12

**De nouveaux opioïdes
représentent une grave menace
pour la santé individuelle
comme pour la santé publique
en général**



FIGURE 3.8

Exemples de techniques de contrôle des drogues et application



Testing des drogues: quelle disponibilité en Europe?

Le testing des drogues est un service permettant aux usagers de faire analyser leurs drogues afin d'obtenir des informations sur le contenu de l'échantillon fourni. Les missions des services de vérification des drogues vont de la réduction des risques, en prodiguant des conseils et en communiquant des informations aux usagers des drogues, au suivi des tendances des drogues existantes et émergentes. Dans certains pays, les activités de testing des drogues font partie intégrante des systèmes nationaux d'alerte précoce et contribuent notamment à l'identification et au suivi des nouvelles substances psychoactives.

Il existe des services de vérification des drogues dans 10 pays de l'UE. Ce service varie à bien des égards: emplacement, méthodes, mise à disposition et mode de communication des résultats et objectifs de cette mise à disposition (figure 3.8). Les services de dépistage peuvent être basés dans des laboratoires fixes ou mobiles, par exemple, à l'occasion de festivals de musique ou dans des discothèques. Les méthodes employées vont des kits de tests à administrer soi-même qui indiquent la présence ou l'absence d'une drogue donnée ou d'un adjuvant donné, au matériel sophistiqué qui permet d'identifier et de quantifier de nombreuses substances. La durée nécessaire à l'obtention des résultats peut également varier de quelques secondes à quelques jours.

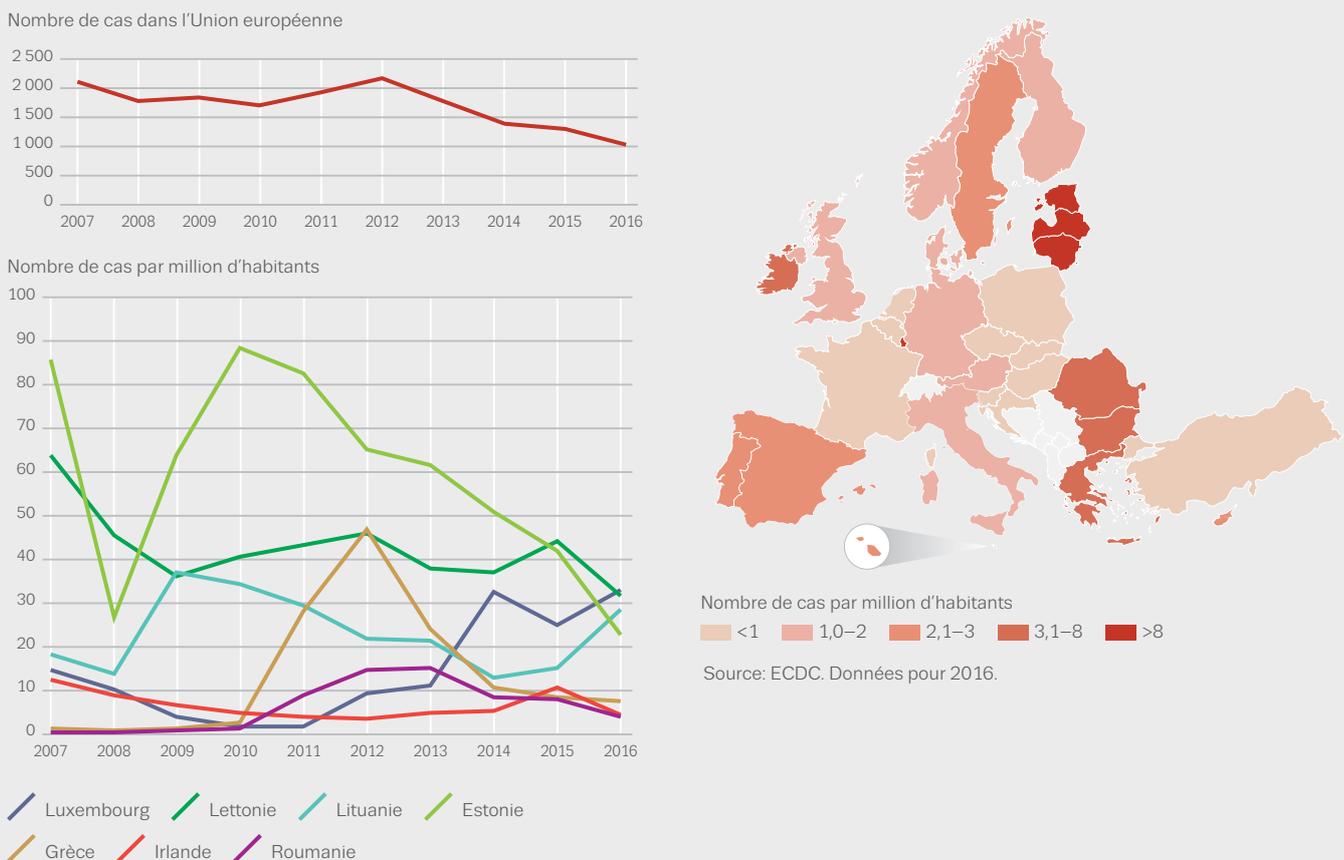
La communication des résultats est une étape importante pour les services de dépistage des drogues, et ces résultats s'accompagnent souvent de conseils ou d'interventions brèves. Les méthodes de communication employées incluent les alertes de santé publique et les avertissements aux consommateurs, l'affichage d'information lors d'événements musicaux, la publication des résultats en ligne, ou encore la remise des résultats directement aux individus concernés.

Problèmes chroniques liés aux drogues: le VIH est en recul, mais les diagnostics tardifs persistent

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. Le comportement à risque que constitue 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 2016, 1 027 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 % de tous les diagnostics de VIH 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

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



a diminué dans la plupart des pays européens, reculant dans l'ensemble de 51 % entre 2007 et 2016. Cependant, l'usage de drogues par injection reste un mode de transmission significatif dans certains pays: en 2016, selon les données communiquées au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), plus d'un quart des nouveaux cas de VIH diagnostiqués ont été imputés à ce type d'usage de drogues en Lituanie (47 %), au Luxembourg (29 %) et en Lettonie (27 %). En Roumanie et en Grèce, si le nombre de nouveaux cas de VIH imputés à l'usage de drogues par injection a continué de diminuer en 2016, il reste néanmoins supérieur aux niveaux rapportés avant l'explosion du nombre de cas en 2012.

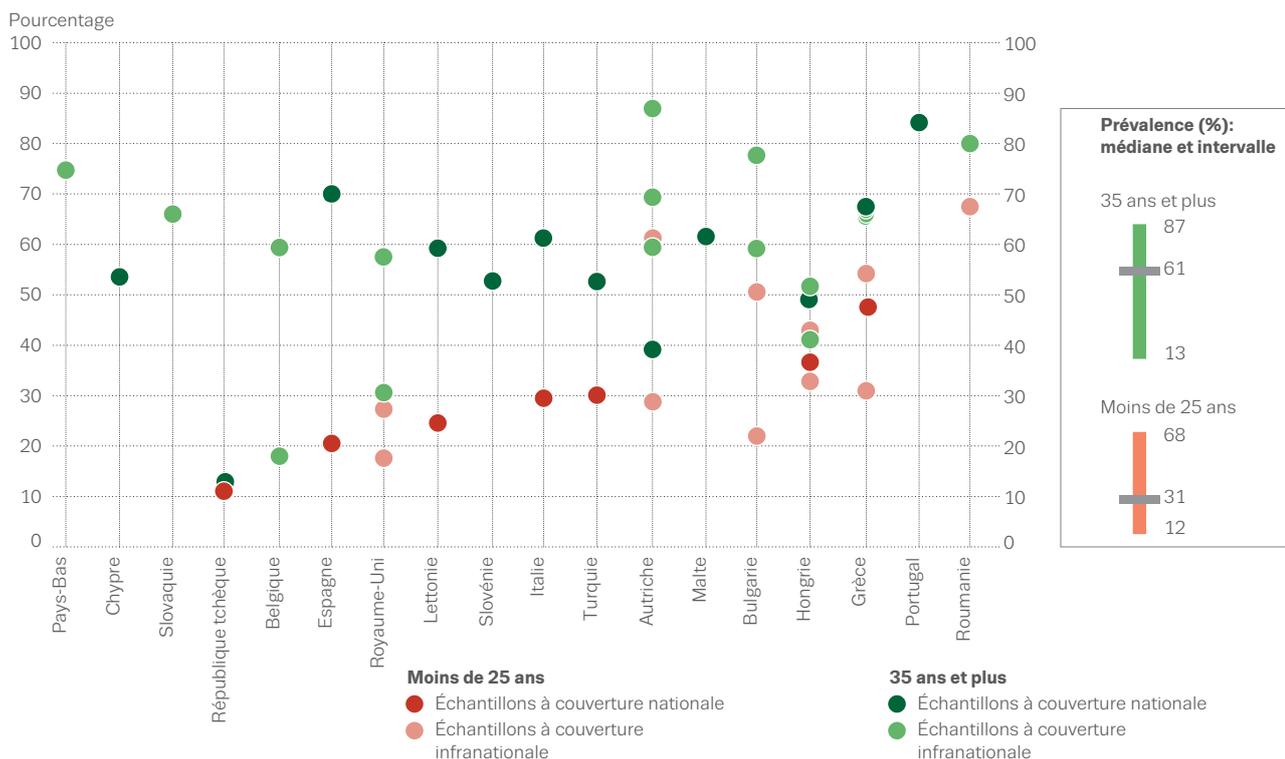
La majorité des pays ont fait état d'une diminution du nombre de cas de VIH imputés à l'usage de drogues par injection entre 2015 et 2016, notamment l'Irlande et le Royaume-Uni, qui avaient rapporté des augmentations en 2015. Dans ces deux pays, cette tendance s'explique en partie par des épidémies localisées. L'épidémie signalée au Luxembourg en 2014 s'est poursuivie jusqu'en 2016. L'augmentation de l'injection de stimulants, combinée à des taux élevés de marginalisation des usagers, est l'un des facteurs à l'origine de cette épidémie. La Lituanie a déclaré une soudaine augmentation du nombre de nouveaux cas de

VIH parmi les usagers de drogues par injection, avec le double de cas recensés en 2016 (86 contre 44 précédemment). 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 2016, 13 % des cas de sida nouvellement signalés dans l'Union européenne pour lesquels la voie de transmission était connue ont été imputés à l'usage de drogues par injection. Les 422 nouveaux cas notifiés liés à l'injection représentent moins d'un quart du nombre enregistré il y a une décennie.

FIGURE 3.10

Prévalence de l'infection au virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse, ventilée par âge, de 2015 à 2016



N.B.: Les échantillons inférieurs à 10 ne sont pas représentés. Les pays sont classés suivant l'ordre des données des moins de 25 ans.

D'après les informations disponibles, la moitié des nouveaux cas de VIH imputés à l'injection de drogues dans l'Union européenne en 2016 ont été diagnostiqués tardivement, c'est-à-dire alors que l'infection avait déjà commencé à endommager le système immunitaire. En Grèce et en Roumanie, deux nouveaux cas de VIH liés à l'injection de drogues sur trois environ ont été diagnostiqués tardivement. Le diagnostic tardif du VIH entraîne la mise en place tardive du traitement antirétroviral et une augmentation de la morbidité et de la mortalité. 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 ait 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 précoce, les personnes infectées peuvent avoir une espérance de vie normale.

Prévalence du VHC: différences 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

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.

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 2015-2016 oscille de 15 à 82 %; six pays sur les 13 à disposer de données nationales faisant état de taux supérieurs à 50 %. Parmi les pays qui disposent de données nationales relatives aux tendances pour la période 2010-2016, 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 deux pays.

Le VHC est davantage prévalent chez les usagers de drogues par injection plus âgés plutôt que chez les jeunes, ce qui met en exergue l'accumulation des risques au fil des ans ainsi que le lourd fardeau de l'infection parmi les groupes plus âgés (figure 3.10).

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 1,5 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 et en Allemagne 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.

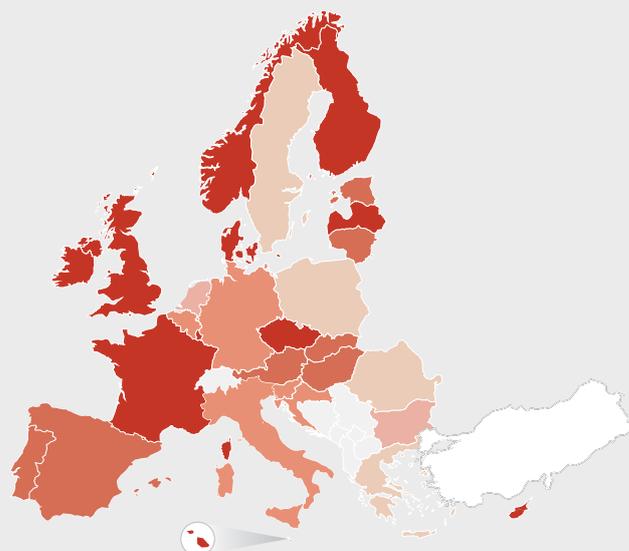
Prévention des maladies infectieuses: des mesures efficaces

Parmi les mesures recommandées pour réduire les maladies infectieuses liées aux drogues chez les usagers par injection figurent la prescription d'un traitement de substitution aux opiacés, la distribution de matériel d'injection stérile, la vaccination, le dépistage des maladies infectieuses, le traitement de l'hépatite et le traitement du VIH, ainsi que des interventions visant à promouvoir la santé axées sur un comportement plus sûr en matière d'injection et une réduction des comportements sexuels à risque.

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 varie considérablement d'un pays à l'autre (figure 3.11). Les pays diffèrent également en ce qui concerne la couverture de la population ciblée par l'intervention (figure 3.12). Des informations sur la distribution de seringues dans le cadre de programmes spécialisés sont disponibles pour 25 pays, qui, ensemble, ont déclaré la distribution de 54 millions de seringues au cours de la dernière période pour laquelle des données sont disponibles (2015/2016). Ce nombre est bien 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.

FIGURE 3.11

Disponibilité géographique des programmes d'échange de seringues dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie



Pourcentage des unités territoriales disposant d'au moins un point de distribution

0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

N.B.: D'après les unités territoriales NUTS-3 d'Eurostat. Les valeurs exprimées pour l'Espagne, l'Allemagne et l'Italie reposent sur des estimations d'experts. La disponibilité géographique peut ne pas refléter la proportion de la population cible touchée par la mesure.

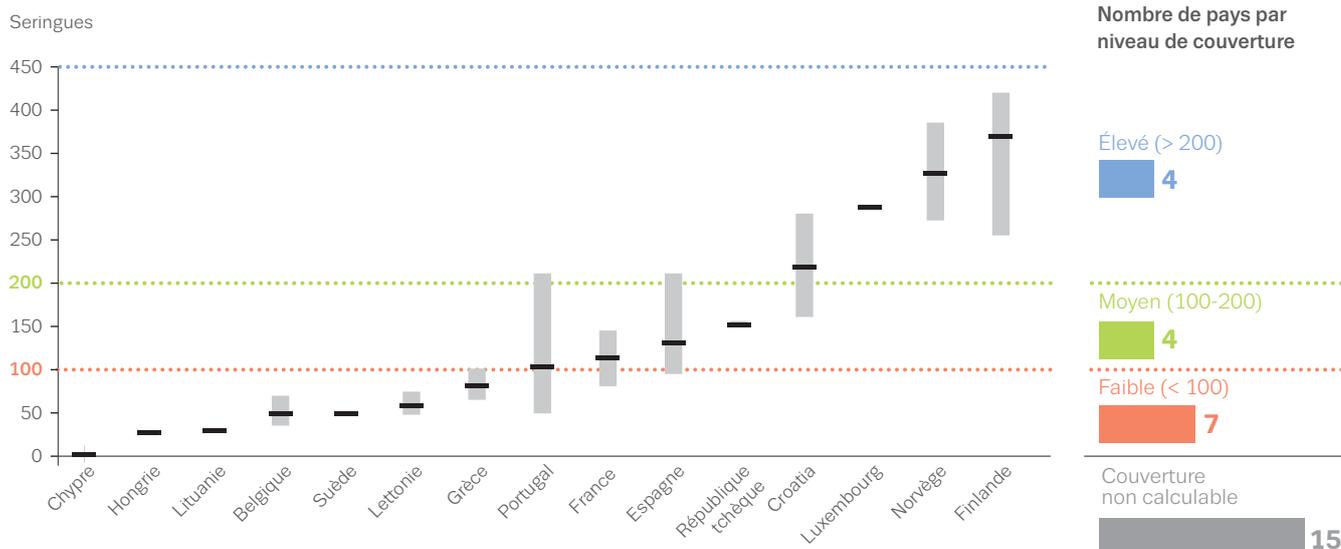
Les pays européens font également état de la distribution d'autres matériels par des services spécialisés en plus des seringues. Plus de la moitié des pays signalent produire, par exemple, des informations écrites pour promouvoir une consommation à moindre risque et l'utilisation de préservatifs, de compresses désinfectantes et d'acide citrique. La fourniture de feuilles ou de pipes pour permettre et promouvoir l'inhalation plutôt que l'injection de drogues est rapportée par huit pays, tandis qu'en République tchèque, des capsules en gélatine sont distribuées pour encourager la consommation orale de la méthamphétamine (pervitine).

Élimination du VHC: l'accès au dépistage et au traitement

Les normes minimales de qualité de l'UE en matière d'interventions visant à réduire la demande promeuvent 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 constituent des obstacles au dépistage et au traitement. Pour faire face à ces enjeux, des méthodes innovantes sont nécessaires, notamment le recours plus large au conseil et à un dépistage par des professionnels de terrain bien formés. Par ailleurs,

FIGURE 3.12

Couverture des programmes spécialisés d'échanges de seringues: nombre de seringues fournies par usager de drogue par voie intraveineuse (nombre d'usager estimé)



N.B.: données affichées en estimations de pourcentage et intervalles de confiance.

toute extension du dépistage des maladies infectieuses doit également s'accompagner de mesures permettant de garantir la fourniture d'un traitement adéquat des infections.

Les directives des experts européens recommandent d'envisager un traitement du VHC dans les plus brefs délais pour les individus présentant un risque élevé de transmission du virus, ce qui inclut les usagers de drogue par injection actifs et les individus incarcérés.

De nouveaux traitements efficaces sans interféron, entièrement pris par voie orale et mieux tolérés incluant des agents antiviraux à action directe peuvent donner lieu à une guérison dans 95 % des cas. Un accès au traitement sans restriction reste rare du fait des coûts élevés de ces médicaments. En octobre 2017, un pays européen sur deux avait défini son approche de la prévention et du traitement de l'hépatite dans un document stratégique. Cependant, les recommandations cliniques de 9 pays comportaient des critères limitant l'accès des usagers de drogue à un traitement du VHC (en exigeant une abstinence de l'usage de drogues de 3 à 12 mois par exemple).

Interventions dans les prisons: la disponibilité nationale diffère

Les détenus présentant des niveaux plus élevés d'expérimentation et des modes d'usage, comme l'injection, davantage à risque 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 du bilan de santé réalisé lors de l'incarcération dans de nombreux pays. L'analyse des données relatives à la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues par injection de 17 pays européens, sur la période s'étendant de 2006 à 2017, a révélé que la prévalence de ces infections était considérablement plus élevée dans la plupart des pays chez les individus ayant déjà été incarcérés: 10 pays sur 17 dans le cas du VIH et 14 sur 17 dans le cas du VHC.

Le dépistage des maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC et tuberculose) est disponible dans les prisons de la plupart des pays, bien qu'il se limite parfois au dépistage à l'entrée ou en cas de symptômes uniquement. Onze pays seulement déclarent fournir un traitement contre l'hépatite C. Seize pays ont signalé qu'ils disposaient de programmes de vaccination contre l'hépatite B. La fourniture de matériel d'injection propre est moins courante, l'existence de programmes d'échanges de seringues dans cet environnement étant rapportée par cinq pays seulement, dont trois font état de leur mise en pratique effective.

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. Vingt-huit pays proposent un traitement de substitution aux opiacés dans les prisons, mais la couverture reste faible dans la majorité des pays. Les interventions proposées aux prisonniers incluent les cures de désintoxication, des séances de conseils individuels ou en groupe et un traitement au sein de

communautés thérapeutiques ainsi que dans des unités d'hospitalisation spéciales. La quasi-totalité des pays déclarent proposer une ou plusieurs de ces options thérapeutiques. La plupart des 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 des soins lors de l'incarcération comme de la sortie de prison. La préparation à la sortie de prison, y compris la réinsertion sociale, existe dans tous les 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.

Décès par surdose: hausse parmi les usagers problématiques

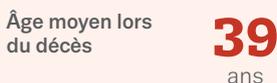
La consommation de drogues est une cause reconnue de mortalité évitable chez les adultes européens. Des études de cohorte menées auprès de consommateurs problématiques de drogues font état de taux de mortalité totaux de l'ordre de 1 à 2 % par an. Globalement, en Europe, les consommateurs d'opiacés ont cinq à dix fois plus de risques de décéder 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, jouent également un rôle important. 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.

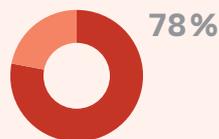
En Europe, les surdoses restent la principale cause de décès des usagers problématiques de drogues et plus des trois quarts des personnes décédées des suites d'une surdose sont des hommes (79 %). La prudence est de mise lors de l'interprétation des données relatives aux surdoses et en particulier du 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.

DÉCÈS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

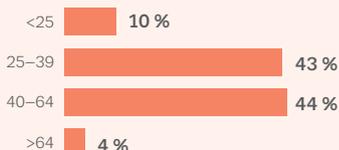
Caractéristiques



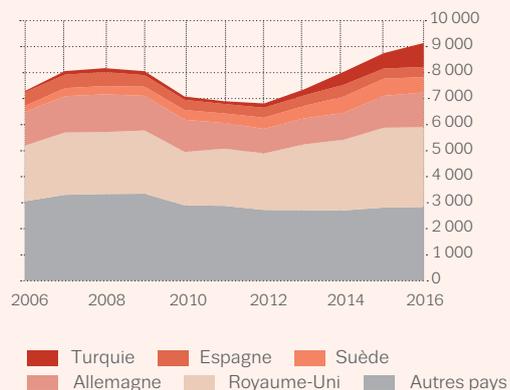
Décès avec présence d'opiacés



Âge lors du décès



Tendances des décès par surdose



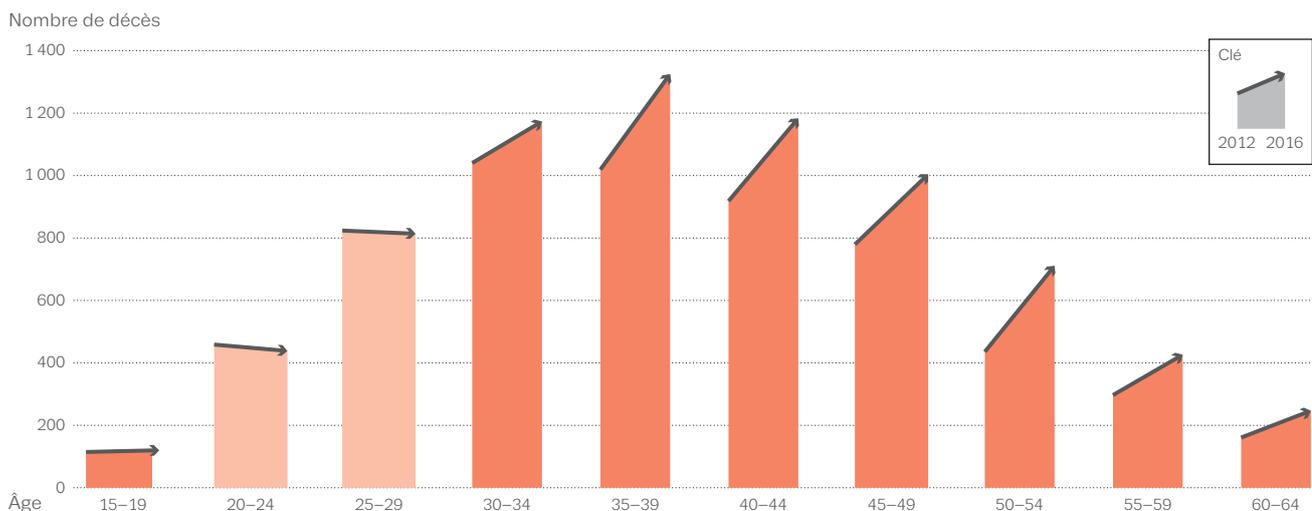
Nombre de décès



N.B.: données pour les États membres de l'UE, la Turquie et la Norvège (UE + 2).

FIGURE 3.13

Nombre de décès liés à l'usage de drogues signalés dans l'Union européenne en 2012 et 2016, ou année la plus récente disponible, par tranche d'âge



Pour 2016, on estime à au moins 7 929 le nombre de décès par surdose survenus dans l'Union européenne et impliquant au moins une substance illicite. Ce total passe à quelque 9 138 décès si l'on comptabilise la Norvège et la Turquie, soit une hausse de 4 % par rapport au chiffre révisé de 2015 (8 749 décès); la situation dans l'UE reste globalement stable par rapport à 2015. Comme pour les années précédentes, environ la moitié du total des décès par surdose observés en Europe a été déclaré au Royaume-Uni (34 %) et en Allemagne (15 %), ce qui s'explique en partie par la taille des populations à risque dans ces pays, mais aussi par la sous-déclaration dans certains autres pays. Si l'on se concentre sur les pays disposant de systèmes de notification relativement bien développés et sur les données communiquées pour 2016, l'Estonie et l'Allemagne ont enregistré une augmentation du nombre de décès par surdose. Aux Pays-Bas, il n'est pas clairement établi si la forte augmentation du nombre de décès par surdose déclarés (jusqu'à 91 % par rapport à 2014) constitue une véritable hausse du nombre de décès liés à l'usage de drogues ou peut s'expliquer par d'autres causes, telles qu'une modification de la procédure d'enregistrement. Au Royaume-Uni, une augmentation a été rapportée en 2015, 13 % de décès supplémentaires ayant été enregistrés par rapport à 2014 et 21 % en plus par rapport à 2013. Les

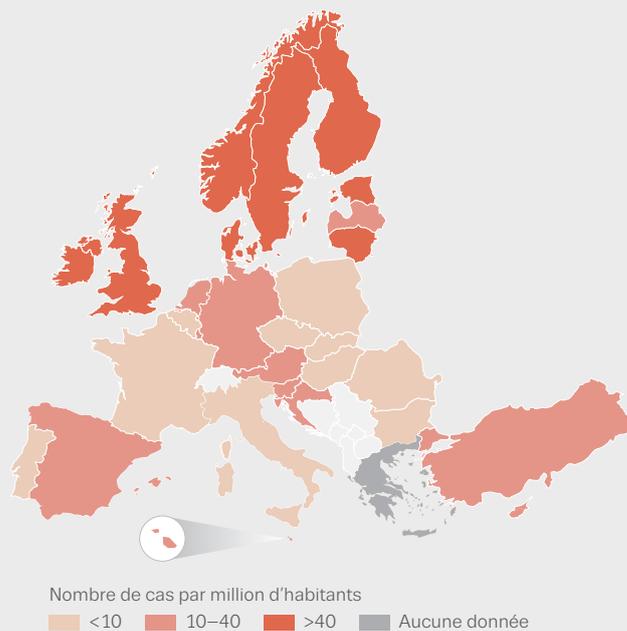
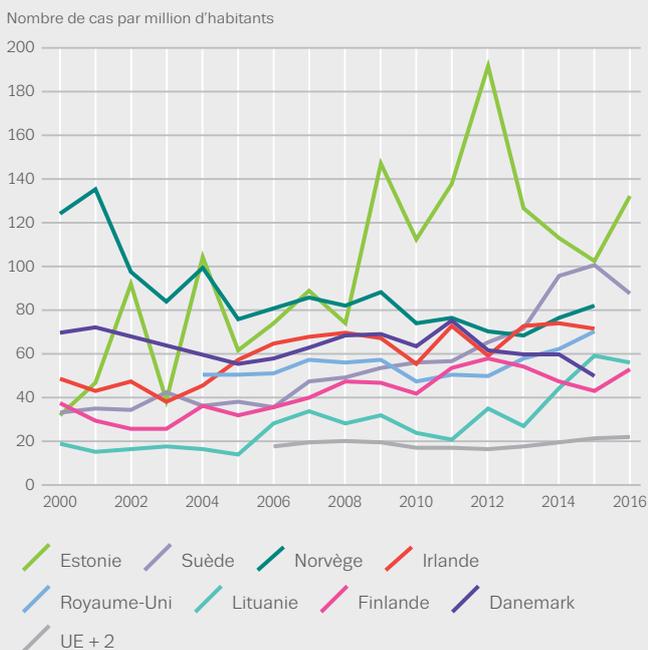
données provisoires suggèrent que cette augmentation s'est poursuivie en 2016. La tendance à la hausse manifeste en Suède pendant quelques années s'est inversée en 2016. Si la Turquie continue de signaler des augmentations considérables, avec près de deux fois plus de décès par surdose en 2016 qu'en 2014, celles-ci semblent être largement dues à l'amélioration des méthodes de collecte et de transmission des 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 2012 et 2016, le nombre des décès par surdose dans l'Union européenne a augmenté dans toutes les tranches d'âge de plus de 30 ans (figure 3.13). Chez les plus de 50 ans, le nombre des décès a globalement augmenté de 55 %, par comparaison avec une hausse de 25 % chez les 30-49 ans. Le nombre de décès par surdose observés dans les tranches d'âge inférieures est globalement stable dans l'Union européenne. L'analyse des surdoses mortelles déclarées en Turquie en 2016 révèle un profil de population plus jeune par rapport à l'Union européenne, avec un âge moyen de 31 ans (contre 39 ans dans l'UE) et un tiers des cas de décès par surdose survenant chez les moins de 25 ans.

La surdose reste la principale cause de décès parmi les usagers problématiques de drogues

FIGURE 3.14

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



N.B.: tendances dans les huit pays ayant déclaré les valeurs les plus élevées en 2016 ou 2015 et tendance européenne globale. UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège.

Mortalité liée aux drogues: des taux plus élevés déclarés dans le nord de l'Europe

En 2016, le taux de mortalité due à des surdoses en Europe est estimé à 21,8 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux chez les hommes (34,7 cas par million d'hommes) est presque quatre fois plus élevé que chez les femmes (8,9 cas par million de femmes). Les taux de mortalité due à des surdoses culminent, pour les hommes, dans la tranche d'âge des 35-39 ans (57,4 décès par million d'habitants) et, pour les femmes, dans celle des 40-44 ans (12,4 décès par million d'habitants). L'âge moyen au moment du décès est cependant de 39 ans chez les hommes comme chez les femmes. Les taux de mortalité et leur évolution varient considérablement selon le pays (figure 3.14) 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, y compris des niveaux variables de sous-déclaration 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 (132 décès par million), la Suède (88 décès par million), la Norvège (81 décès par million), l'Irlande (70 décès par million) et le Royaume-Uni (70 décès par million) (figure 3.14).

Surdoses mortelles: les décès liés aux opioïdes prédominant

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, où la majorité des décès par surdose (87 %) impliquaient une forme quelconque d'opioïdes s. En Angleterre et au Pays de Galles, l'héroïne ou la morphine était mentionnée dans 1 177 décès enregistrés en 2015, soit une augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente et une hausse de 44 % par rapport à 2013. Le nombre de décès liés à l'héroïne ou à la morphine a également augmenté en Écosse (Royaume-Uni), 473 décès de ce type ayant été enregistrés en 2016, soit une hausse de 37 % par rapport à l'année précédente. En France, l'héroïne était impliquée dans 30 % des décès par surdose en 2015, contre 15 % en 2012. Parallèlement, d'autres opioïdes sont couramment mentionnés dans les rapports toxicologiques. Ces substances, principalement la méthadone, mais également la buprénorphine haut dosage (Finlande), le fentanyl et ses dérivés (notamment en Estonie) et le tramadol, sont impliquées dans une part importante des surdoses mortelles dans certains pays.

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 340 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 2016, les décès liés à des stimulants en Turquie comprenaient 100 cas associés à la consommation de cocaïne, 98 à la consommation d'amphétamines et 252 à la consommation de MDMA. La Turquie a également déclaré une forte hausse du nombre de décès liés aux cannabinoïdes de synthèse: de 137 en 2015 à 373 en 2016. Au Royaume-Uni, le nombre de décès impliquant de nouvelles substances psychoactives reste relativement faible, mais a toutefois augmenté depuis 2010, notamment en Écosse.

Surdoses et décès liés drogues: des interventions de prévention

La réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux surdoses constitue un défi majeur en matière de santé publique en Europe. L'amélioration de la réponse de santé publique dans ce domaine consiste à réduire la vulnérabilité des usagers, notamment en limitant les obstacles et en renforçant l'accès aux services accessibles, ainsi qu'en les encourageant à courir moins de risques (figure 3.15). L'évaluation des risques de surdose parmi les usagers et l'accroissement de leur prise de conscience sur les risques de surdose, combinés à un traitement efficace de l'usage de

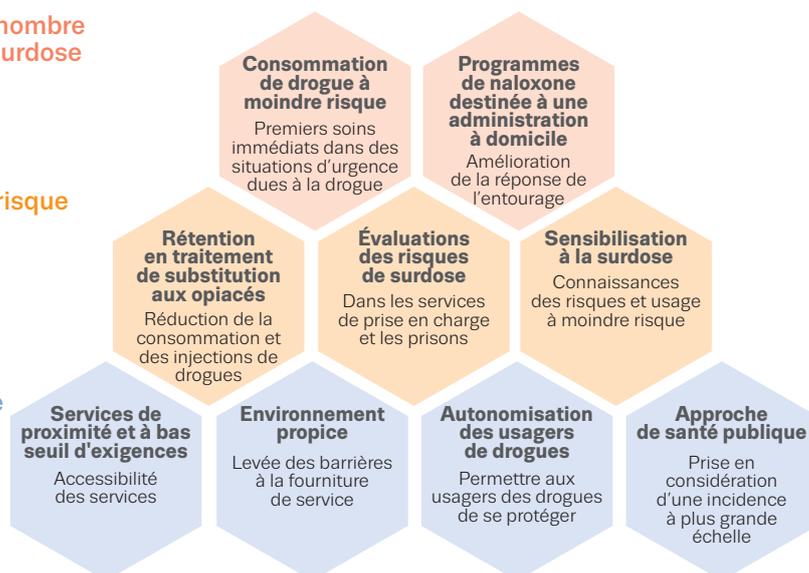
FIGURE 3.15

Principales approches visant à réduire le nombre des décès liés à l'usage d'opiacés

Réduction du nombre de décès par surdose

Réduction du risque de surdose

Réduction de la vulnérabilité



drogue, contribuent à prévenir les cas de surdose. Certaines périodes de risque accru, comme la sortie de prison et l'arrivée à terme ou l'abandon d'un traitement, requièrent une attention particulière. Des interventions telles que les salles de consommation de drogue à moindre risque ainsi que les programmes de naloxone destinée à une administration à domicile constituent des réponses fortement ciblées qui ont pour but d'améliorer les chances de survie à la suite d'une surdose.

Les salles de consommation de drogues à moindre risque sont des espaces où les usagers de drogues peuvent consommer des drogues dans des conditions d'hygiène et de sécurité favorables. Cette intervention vise à la fois à prévenir les surdoses et à garantir la disponibilité d'une aide professionnelle en cas de surdose. Ces salles permettent généralement d'accéder à une grande variété de services médicaux et sociaux, ainsi que de bénéficier d'une orientation vers un traitement et sont en mesure d'attirer des populations d'usagers difficiles à atteindre. Chaque établissement supervise un nombre conséquent de consommations de drogues qui, autrement, se seraient déroulées dans la rue ou dans d'autres circonstances dangereuses. De plus en plus d'éléments viennent attester de leurs bénéfices: on observe notamment la réduction des comportements à risque, de la mortalité par surdose et de la transmission d'infections, ainsi qu'un meilleur accès des usagers de drogues à un traitement ainsi qu'à d'autres services sanitaires et sociaux. En même temps, elles peuvent contribuer à diminuer la consommation de drogues dans les espaces publics et à améliorer l'encadrement public dans les zones situées aux abords des lieux de vente de drogue dans l'espace urbain. De telles structures sont actuellement opérationnelles dans 56 villes situées dans six pays de l'UE et en Norvège, pour un total de 78 structures. En Allemagne, où de telles structures fonctionnent depuis le début des années 90, des réglementations juridiques ont récemment été révisées pour leur permettre de superviser des types de consommation présentant un moindre risque tels que le sniff, la voie fumée et l'inhalation de drogues. Par ailleurs, deux des 16 états fédéraux ont commencé à autoriser leur utilisation par des personnes suivant un traitement de substitution.

| Naloxone: programmes de prise à domicile

La naloxone est un médicament antagoniste des opiacés qui a la capacité de stopper le processus de la surdose. Elle est utilisée dans les services d'urgences hospitalières, par le personnel ambulancier et par le personnel des services qui entrent régulièrement en contact avec les usagers de drogues. Ces dernières années, on a observé un élargissement des programmes de naloxone destinée à une administration à domicile, qui mettent ce médicament à disposition des usagers d'opioïdes, de leurs partenaires, de leurs pairs, de leurs amis et de leurs familles, parallèlement à une formation leur permettant d'identifier et de réagir face à une surdose. En 2017, seize programmes de naloxone destinée à une administration à domicile étaient opérationnels dans 10 pays européens. Une [étude systématique](#) de l'efficacité de ces programmes a établi que la distribution de naloxone 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. En Estonie, en France et au Royaume-Uni, les détenus sont intégrés dans les programmes de naloxone à prendre à domicile et une distribution de naloxone en milieu carcéral doit débuter en Norvège en 2018.

La plupart des kits de naloxone fournis par les services sanitaires et antidrogues comprennent de la naloxone générique à injecter (0,4 ou 1 mg/1 ml) conditionnée dans des ampoules ou des seringues préremplies. En France, une autorisation communautaire de mise sur le marché a été délivrée en juillet 2017 pour une formule nasale plus concentrée (0,9 mg pour 0,1 ml) de ce médicament qui avait été mise à l'essai depuis 2016, permettant ainsi de généraliser son utilisation. En novembre 2017, la Commission européenne a approuvé la commercialisation d'un spray nasal dans l'Union européenne, en Norvège, en Islande et au Liechtenstein. Le spray délivre 1,8 mg de naloxone pour 0,1 ml de solution.

**La réduction de la mortalité
et de la morbidité dues
aux surdoses représente
un défi majeur en matière
de santé publique**

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Publications de l'EMCDDA et de l'ECDC

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

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.

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 liés 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 2018 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

OPIOÏDES

Pays	Estimation de l'usage problématique d'opioïdes		Patients admis en traitement au cours de l'année						Patients sous traitement de substitution
			Patients usagers d'opioïdes en % des patients admis en traitement			% de patients usagers d'opioïdes 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	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgarie	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
République tchèque	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danemark	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Allemagne	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonie	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irlande	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grèce	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Espagne	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
France	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Croatie	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italie	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Chypre	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Lettonie	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Lituanie	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxembourg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Hongrie	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malte	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
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	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Pologne	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugal	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Roumanie	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovénie	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovaquie	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finlande	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Suède (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Royaume-Uni	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
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)	–
Norvège (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Union européenne	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
UE, Turquie et Norvège	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible: République tchèque, 2014; Danemark, Espagne, Pays-Bas et Turquie, 2015.

Les données relatives aux patients sous traitement de substitution concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible: Danemark, Espagne, Hongrie, Pologne et Finlande, 2015; Pays-Bas, 2014; Turquie, 2011. Le nombre indiqué pour la Suède n'est pas représentatif de tous les patients.

(¹) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient uniquement aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés.

(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	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgarie	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
République tchèque	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danemark (†)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Allemagne (‡)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonie	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlande	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grèce (‡)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Espagne	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
France	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Croatie	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italie	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Chypre	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Lettonie	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituanie	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxembourg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Hongrie (‡)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malte	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Pays-Bas	2016	5,9	3,7	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	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Pologne	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Roumanie	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovénie	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovaquie	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finlande	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Suède (†,‡)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Royaume-Uni (†,‡)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turquie	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvège (†)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Union européenne	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Les estimations de prévalence en population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2016, Flandre uniquement), l'Espagne (2016), l'Allemagne (2011), l'Italie (2016), le Luxembourg (2010, population âgée de 15 ans), la Suède (2016) et le Royaume-Uni (2014, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible: République tchèque, 2014; Danemark, Espagne, Pays-Bas et Turquie, 2015.

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

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

(§) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient uniquement aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés.

(¶) Les estimations de prévalence en population générale ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles.

TABLEAU A3

AMPHÉTAMINES

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année					
	Population générale			Popula- tion scolaire	Patients usagers d'amphétamines en % des patients admis en traitement			% de patients usagers d'amphétamines par injection (principal mode d'administration)		
	Année de l'en- quête	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 antérieure- ment	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieure- ment
	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgarie	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
République tchèque	2016	3,0	1,7	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 ⁽¹⁾	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Allemagne ⁽²⁾	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estonie	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlande	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grèce	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Espagne	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
France	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Croatie	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italie	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Chypre	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Lettonie	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Lituanie	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxembourg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Hongrie ⁽³⁾	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malte	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Pays-Bas	2016	5,3	3,6	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	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Pologne	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Roumanie	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovénie	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovaquie	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finlande	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Suède ^(1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Royaume-Uni ^(1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turquie	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norvège ⁽¹⁾	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Union européenne	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Les estimations de prévalence en population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2016, Flandre uniquement), l'Espagne (2016), l'Allemagne (2011), l'Italie (2016), le Luxembourg (2010, population âgée de 15 ans), la Suède (2016) et le Royaume-Uni (2014, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible: République tchèque, 2014; Danemark, Espagne, Pays-Bas et Turquie, 2015. Les données relatives à l'Allemagne, à la Suède et à la Norvège concernent des usagers de «stimulants autres que la cocaïne».

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

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

(3) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient uniquement aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés.

(4) Les estimations de prévalence en population générale ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles.

TABLEAU A4

MDMA/ecstasy

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année		
	Population générale			Population scolaire	Patients usagers de MDMA en % des patients admis en traitement		
	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
	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	
Belgique	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgarie	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
République tchèque	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danemark ⁽¹⁾	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Allemagne ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonie	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlande	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grèce ⁽²⁾	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Espagne	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
France	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Croatie	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italie	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Chypre	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Lettonie	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Lituanie	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxembourg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Hongrie ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malte	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Pays-Bas	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Autriche	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Pologne	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Roumanie	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovénie	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovaquie	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finlande	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Suède ⁽¹⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Royaume-Uni ^(1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turquie	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norvège ⁽¹⁾	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Union européenne	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Les estimations de prévalence pour la population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2016, Flandre uniquement), l'Espagne (2016), l'Allemagne (2011), l'Italie (2016), le Luxembourg (2010, population âgée de 15 ans), la Suède (2016) et le Royaume-Uni (2014, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible: République tchèque, 2014; Danemark, Espagne, Pays-Bas et Turquie, 2015.

⁽¹⁾ Tranches d'âge pour les estimations de prévalence en population générale: 16 à 64 ans et 16 à 34 ans.

⁽²⁾ Tranches d'âge pour les estimations de prévalence en population générale: 18 à 64 ans et 18 à 34 ans.

⁽³⁾ Les estimations de prévalence en population générale ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles.

TABLEAU A5

CANNABIS

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année		
	Population générale			Population scolaire	Patients usagers de cannabis en % des patients admis en traitement		
	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
	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	
Belgique	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgarie	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
République tchèque	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danemark (¹)	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Allemagne (²)	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonie	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlande	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grèce (²)	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Espagne	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
France	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Croatie	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italie	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Chypre	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Lettonie	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Lituanie	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxembourg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Hongrie (²)	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malte	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Pays-Bas	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Autriche	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Pologne	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Roumanie	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovénie	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovaquie	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finlande	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Suède (¹,³)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Royaume-Uni (¹,⁴)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turquie	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norvège (¹)	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Union européenne	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Les estimations de prévalence pour la population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2016, Flandre uniquement), l'Espagne (2016), l'Allemagne (2011), l'Italie (2016), le Luxembourg (2010, population âgée de 15 ans), la Suède (2016) et le Royaume-Uni (2014, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible: République tchèque, 2014; Danemark, Espagne, Pays-Bas et Turquie, 2015.

(¹) Tranches d'âge pour les estimations de prévalence en population générale: 16 à 64 ans et 16 à 34 ans.

(²) Tranches d'âge pour les estimations de prévalence en population générale: 18 à 64 ans et 18 à 34 ans.

(³) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient uniquement aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés.

(⁴) Les estimations de prévalence en population générale ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles.

TABLEAU A6

AUTRES INDICATEURS

Pays	Décès liés à l'usage de drogues (15-64 ans)	Cas de VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogue par injection (ECDC)	Estimation de la consommation de drogues par voie intraveineuse		Seringues distribuées par des programmes spécialisés
	Nombre de cas par million d'habitants (comptage)	Nombre de cas par million d'habitants (comptage)	année de l'estimation	nombre de cas pour 1 000 habitants	comptage
Belgique	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgarie	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
République tchèque	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danemark	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Allemagne	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonie	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irlande (1)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grèce	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Espagne (2)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
France (1)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Croatie	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italie	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Chypre	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Lettonie	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Lituanie	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxembourg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Hongrie	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malte	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Pays-Bas	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Autriche	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Pologne	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugal	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Roumanie (3)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovénie	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovaquie	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finlande	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Suède	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Royaume-Uni (4)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turquie	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norvège	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Union européenne	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
UE, Turquie et Norvège	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

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 statistiques de décès liés à l'usage de drogues.

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

(2) Les données relatives aux seringues distribuées par des programmes spécialisés ont trait à l'année 2015.

(3) Décès liés à l'usage de drogues: couverture infranationale.

(4) Données relatives aux seringues pour le Royaume-Uni: Angleterre, aucune donnée; Écosse 4 742 060 et Pays de Galles 3 100 009 (ces deux chiffres datent de 2016); Irlande du Nord, 309 570 (2015).

TABLEAU A7

SAISIES

Pays	Héroïne		Cocaïne		Amphétamines		MDMA/ecstasy	
	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	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgarie	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
République tchèque	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Danemark	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Allemagne	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonie	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irlande	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grèce	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Espagne	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
France	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Croatie	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italie	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Chypre	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Lettonie	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Lituanie	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxembourg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Hongrie	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malte	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Autriche	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Pologne	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugal	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Roumanie	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovénie	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovaquie	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finlande	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Suède	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Royaume-Uni	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turquie	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norvège	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Union européenne	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
UE, Turquie et Norvège	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Les amphétamines incluent l'amphétamine et la méthamphétamine.

Toutes les données concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible.

TABLEAU A7

SAISIES (suite)

Pays	Résine de cannabis		Herbe de cannabis		Plants de cannabis	
	Quantités saisies	Nombre de saisies	Quantités saisies	Nombre de saisies	Quantités saisies	Nombre de saisies
	kg	comptage	kg	comptage	plants (en kg)	comptage
Belgique	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgarie	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
République tchèque	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danemark	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Allemagne	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonie	548	22	46	575	- (79)	28
Irlande	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grèce	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Espagne	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
France	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Croatie	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italie	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Chypre	2	20	171	753	311 (-)	37
Lettonie	3	96	44	872	- (50)	22
Lituanie	551	54	68	654	- (-)	0
Luxembourg	1	173	21	875	359 (-)	16
Hongrie	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malte	109	193	12	146	88 (-)	6
Pays-Bas	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Autriche	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Pologne	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugal	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Roumanie	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovénie	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovaquie	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finlande	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Suède	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Royaume-Uni	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turquie	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norvège	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Union européenne	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
UE, Turquie et Norvège	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Toutes les données concernent 2016, ou l'année la plus récente disponible.

Comment prendre contact avec l'Union européenne?

En personne

Dans toute l'Union européenne, des centaines de centres d'information Europe Direct sont à votre disposition. Pour connaître l'adresse du centre le plus proche, visitez la page suivante: https://europa.eu/european-union/contact_fr

Par téléphone ou courrier électronique

Europe Direct est un service qui répond à vos questions sur l'Union européenne. Vous pouvez prendre contact avec ce service:

— par téléphone:

- via un numéro gratuit: 00 800 6 7 8 9 10 11 (certains opérateurs facturent cependant ces appels),

- au numéro de standard suivant: +32 22999696;

— par courrier électronique via la page https://europa.eu/european-union/contact_fr

Comment trouver des informations sur l'Union européenne?

En ligne

Des informations sur l'Union européenne sont disponibles, dans toutes les langues officielles de l'UE, sur le site internet Europa à l'adresse https://europa.eu/european-union/index_fr

Publications de l'Union européenne

Vous pouvez télécharger ou commander des publications gratuites et payantes à l'adresse <https://publications.europa.eu/fr/publications>. Vous pouvez obtenir plusieurs exemplaires de publications gratuites en contactant Europe Direct ou votre centre d'information local (https://europa.eu/european-union/contact_fr).

Droit de l'Union européenne et documents connexes

Pour accéder aux informations juridiques de l'Union, y compris à l'ensemble du droit de l'UE depuis 1952 dans toutes les versions linguistiques officielles, consultez EUR-Lex à l'adresse suivante: <http://eur-lex.europa.eu>

Données ouvertes de l'Union européenne

Le portail des données ouvertes de l'Union européenne (<http://data.europa.eu/euodp/fr>) donne accès à des ensembles de données provenant de l'UE. Les données peuvent être téléchargées et réutilisées gratuitement, à des fins commerciales ou non commerciales.

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 2018](#).

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.

