



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

FR

ISSN 1977-9108

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2014



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2014

Avis juridique

Cette publication de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies 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 cette publication ne reflète pas nécessairement l'opinion officielle des partenaires de l'Observatoire, des États membres de l'Union européenne ou de toute institution ou organe de l'Union européenne.

Un grand nombre d'informations complémentaires sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

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

Un numéro unique gratuit (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès aux numéros 00 800 ou peuvent facturer ces appels.

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 et tchèque. Toutes les traductions ont été effectuées par le Centre de traduction des organes de l'Union européenne.

Une fiche catalographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2014

ISBN: 978-92-9168-698-8

doi:10.2810/32680

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Printed in Spain

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

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

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Table des matières





| | |
|----|---|
| 5 | Préface |
| 9 | Remarques préliminaires et remerciements |
| 11 | Résumé Évaluer l'incidence des drogues sur la santé publique dans un marché européen de la drogue en mutation |
| 17 | CHAPITRE 1 Offre de drogue |
| 33 | CHAPITRE 2 La consommation de drogue et les problèmes associés |
| 53 | CHAPITRE 3 Réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue |
| 67 | CHAPITRE 4 Politiques antidrogue |
| 73 | ANNEXE Tableaux de données nationales |

Préface

Le Rapport européen sur les drogues (European Drug Report – EDR) 2014 de l'EMCDDA présente une nouvelle analyse de la situation en matière de drogues, accompagnée d'une vue d'ensemble de l'évolution des interventions et des politiques. Fruit d'une analyse complète des données européennes et nationales, le dossier d'information EDR propose une série de produits interdépendants, dont le rapport « Tendances et évolutions » est l'élément central. Conformément à l'approche pluridimensionnelle adoptée, une analyse approfondie des sujets clés est présentée en parallèle à une vue d'ensemble de haut niveau des problèmes majeurs et des tendances à long terme. Cette perspective est intéressante, car elle permet de comprendre les différentes expériences nationales dans le contexte plus vaste qu'offrent les données au niveau européen. Quel que soit votre intérêt quant à la situation en matière de drogues en Europe, nous sommes certains que le nouveau dossier d'information EDR vous permettra d'accéder aisément à des informations et à une analyse de qualité sous une forme qui correspond à vos besoins particuliers.

DOSSIER DU RAPPORT EUROPÉEN SUR LES DROGUES 2014

Un ensemble d'éléments interdépendants qui donne accès à l'ensemble des données et analyses disponibles sur le problème des drogues en Europe



| | | | |
|---|---|--|---|
| Tendances et évolutions Une analyse détaillée des principales évolutions (version imprimée et en ligne) | Données et statistiques Tableaux complets de données, des graphiques et des informations méthodologiques (en ligne) | Synthèses nationales Données et analyses nationales immédiatement accessibles (en ligne) | Perspectives sur les drogues Dispositifs interactifs consacrés à des thèmes clés (en ligne) |
|---|---|--|---|

Des progrès ont été accomplis dans l'élaboration d'une réponse stratégique équilibrée aux problèmes de la drogue en Europe, et c'est un message important que nous délivre l'analyse de cette année. Dans certains domaines essentiels de la santé publique, les tendances générales sont à présent positives et, à l'échelle mondiale relative, le modèle européen semble être efficace. Le phénomène des drogues est dynamique et continue d'évoluer, ce qui ne laisse pas de place à l'autosatisfaction, car de nouvelles menaces font leur apparition et viennent s'ajouter aux problèmes résiduels qui existent depuis longtemps. Les drogues que nous observons aujourd'hui sont, à de nombreux égards, différentes de celles que nous connaissions auparavant. Nous le voyons en ce qui concerne les drogues bien établies, par exemple le cannabis, dont les nouvelles techniques de production influencent la teneur tant en résine qu'en produits à base de plantes. Nous le voyons aussi dans la production des drogues de synthèse, avec l'apparition d'une pléthore de nouvelles substances. Une de nos préoccupations majeures doit être l'émergence récemment observée de nouveaux opioïdes de synthèse et de nouvelles substances hallucinogènes qui sont tellement actives sur le plan

pharmacologique que même des quantités infimes peuvent être utilisées pour produire de multiples doses. Nous commençons à peine à appréhender les futures conséquences de cette évolution pour la santé publique et le contrôle de la drogue, mais elles semblent avoir le potentiel de transformer la nature des problèmes auxquels nous sommes confrontés.

Non seulement le marché européen de la drogue fait face à des changements importants, mais ceux-ci se produisent à un rythme encore plus soutenu et dans le cadre d'un monde de plus en plus interconnecté. L'EMCDDA est conscient de la nature mondiale et dynamique du sujet qui nous occupe, et des défis que cela représente. En outre, cette évolution exerce une pression croissante sur nos systèmes de contrôle actuels, et il est crucial de veiller à ce que nos outils de surveillance restent adaptés à la tâche. Il y a près de 20 ans, l'Europe a été la première à mettre en place un système d'alerte précoce afin de déceler les nouvelles menaces potentielles dans ce domaine. Aujourd'hui, ce système a prouvé sa valeur, mais notre capacité médico-légale globale à déterminer les conséquences sur la santé publique des substances tant établies que nouvelles et d'en rendre compte reste néanmoins insuffisante. Nous ne pouvons que relever ici l'importance de garantir la mise à disposition de ressources suffisantes afin de poursuivre et de renforcer le travail dans ce domaine, et mettre en évidence la valeur ajoutée ainsi obtenue pour la communauté européenne dans son ensemble.

Enfin, nous sommes fiers de l'analyse détaillée offerte par le dossier du RED et de ce que notre travail continue à constituer une base scientifique pour éclairer les politiques et les réponses européennes. Nous croyons fermement que c'est important et nous continuerons à nous efforcer de fournir une analyse opportune, objective et équilibrée du problème complexe et en pleine évolution que constitue la drogue aujourd'hui.

João Goulão

Président du conseil d'administration de l'EMCDDA

Wolfgang Götz

Directeur, EMCDDA

Remarques préliminaires et remerciements

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

Les données statistiques rapportées ici concernent l'année 2012 ou l'année la plus récente disponible. Ces chiffres et tendances concernant l'Europe proviennent des pays qui ont fourni des données suffisamment pertinentes pour la période considérée. L'analyse des données porte en priorité sur les niveaux, les tendances et la répartition géographique. Les repères méthodologiques nécessaires et les références des données peuvent être consultés en ligne dans la version anglaise de ce rapport, ainsi que dans la version en ligne présentant les données statistiques (*European Drug Report : Data and statistics*), qui propose notamment des informations sur la méthodologie, les pays déclarants et les années de déclaration. Par ailleurs, la version en ligne contient des liens vers d'autres ressources.

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'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (*European school survey project on alcohol and other drugs*), le *Sewage Analysis Core Group Europe* (SCORE – Groupe central d'analyse des eaux usées en Europe) et le Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) ;
- | le Centre de traduction des organes de l'Union européenne, *Missing Element Designers* et *Composiciones Rali*.

Point focaux nationaux Reitox

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

Résumé

Ce rapport offre un aperçu global des tendances et des évolutions à long terme observées en Europe, tout en se concentrant sur les problèmes émergents liés à la drogue

Évaluer l'incidence des drogues sur la santé publique dans un marché européen en mutation

Les principales conclusions de cette nouvelle analyse du problème de la drogue en Europe réalisée par l'EMCDDA restent cohérentes par rapport au rapport de 2013 : la situation globale est généralement stable, avec des signes encourageants dans certains domaines, mais de nouveaux défis continuent à apparaître.

L'ancienne dichotomie entre, d'une part, un nombre relativement peu élevé d'utilisateurs très problématiques de drogues, consommant souvent par voie intraveineuse, et, d'autre part, un grand nombre d'utilisateurs consommant dans un contexte récréatif ou d'expérimentation s'estompe, en passe d'être remplacée par une situation plus complexe et nuancée. Aujourd'hui, la part de l'héroïne dans le problème de la drogue en Europe est moindre qu'auparavant, tandis que les stimulants, les drogues de synthèse, le cannabis et les produits pharmaceutiques gagnent en importance.

Si l'on considère la situation dans son ensemble, des progrès ont été accomplis par rapport à un certain nombre des principaux objectifs de santé publique fixés par le passé. Toutefois, une vue d'ensemble à l'échelle européenne peut occulter d'importantes différences aux niveaux nationaux. Les données sur les décès par surdoses et les infections au VIH liées à l'usage de drogue, soit deux des conséquences les plus graves de la consommation de drogues, illustrent ces différences. Dans ce domaine, la tendance globalement positive observée à l'échelle de l'UE contraste nettement avec les évolutions préoccupantes enregistrées dans certains pays. Afin de rendre compte de la complexité de la situation, ce rapport offre un aperçu global de haut niveau des tendances et des évolutions à long terme observées en Europe, tout en se concentrant sur les problèmes émergents liés à la drogue.

L'héroïne recule, mais des substances la remplaçant suscitent des inquiétudes

Bien que les estimations concernant la production d'héroïne restent globalement élevées et que la Turquie a enregistré une recrudescence partielle des saisies, les indicateurs relatifs à l'héroïne sont généralement stables ou en baisse. Certaines données notamment, indiquent une diminution continue du nombre d'admissions en traitement liées à l'héroïne, tandis que l'on observe des tendances générales à la baisse sur le long terme dans le nombre de décès par surdoses et le nombre d'infections au VIH imputables à l'usage de drogue, deux conséquences historiquement liées à la consommation

d'héroïne par injection. Cependant, certaines données nationales remettent en question ces évolutions positives. Des flambées épidémiques de VIH récemment constatées chez les consommateurs de drogue en Grèce et en Roumanie, ainsi que des problèmes persistant dans certains pays baltes, ont freiné les progrès visant à réduire le nombre de nouvelles infections liées à l'usage de drogue à l'échelle européenne. Cette évolution semble être en partie liée au remplacement de l'héroïne par d'autres substances, y compris par des stimulants et des opiacés de synthèse. En outre, l'absence de mesures de réduction de la demande, notamment en ce qui concerne l'offre de traitements, et de mesures de réduction des risques suffisantes, constitue probablement un autre facteur favorisant cette situation. Fait inquiétant, une récente évaluation des risques menée par l'EMCDDA et l'ECDC (le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) a également recensé un certain nombre d'autres pays européens dans lesquels les indicateurs statistiques ou comportementaux laissent préjuger d'un risque potentiel élevé de futurs effets néfastes et de problèmes de santé.

surdoses. Contrairement aux évolutions générales observées, le nombre de décès par surdose reste cependant relativement élevé, et augmente même dans plusieurs pays, principalement au nord de l'Europe.

Tandis que les décès liés à l'héroïne sont en recul d'une manière générale, les décès liés aux opiacés de synthèse progressent et dépassent désormais le nombre de décès attribués à l'héroïne dans certains pays. Les taux de décès par surdose exceptionnellement élevés enregistrés en Estonie, par exemple, sont associés à l'usage de fentanyl, une famille d'opiacés de synthèse extrêmement puissants. En 2013, l'EMCDDA a continué à recevoir des notifications concernant l'apparition de fentanyls, aussi bien réglementés que non réglementés, sur le marché européen de la drogue. Parmi les drogues signalées en 2013 via le système d'alerte précoce de l'Union européenne (EWS) figurait un fentanyl qui n'avait jamais été repéré auparavant sur le marché européen de la drogue. Ces substances posent un problème d'identification, car elles peuvent être présentes en très petites quantités dans les analyses toxicologiques.

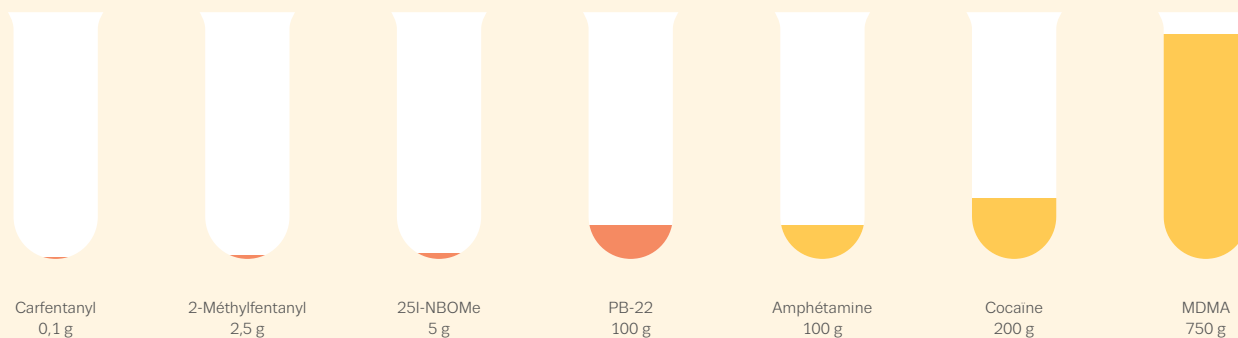
De multiples substances identifiées dans les cas de décès liés à l'usage de drogues

Les décès par surdose demeurent une cause importante de mortalité évitable chez les jeunes Européens. Toutefois, au cours des dernières années, des progrès ont été accomplis dans ce domaine. Ceux-ci peuvent s'expliquer par l'élaboration de réponses à plus grande échelle et par une diminution des comportements à risque favorisant les

Nouvelles substances psychoactives : aucun signe d'essoufflement

La plupart des surdoses surviennent chez des individus ayant consommé de multiples substances, si bien qu'il est difficile d'en imputer la cause à l'une ou l'autre substance. Étant donné que de nouvelles substances psychoactives apparaissent sans cesse sur le marché de la drogue, on craint que ces nouvelles substances ou des substances

COMBIEN DE DROGUE PURE FAUT-IL POUR PRODUIRE 10 000 DOSES ?



■ « Nouvelles drogues » ■ « Anciennes drogues »

peu connues ayant contribué à certains décès, puissent échapper à la détection. Les effets très puissants induits par certaines substances de synthèse rendent leur détection encore plus difficile, car celles-ci ne sont présentes qu'en très faibles concentrations dans le sang. L'émergence de substances de synthèse fortement dosées a également des conséquences sur la lutte antidrogue, puisque même de petites quantités de ces drogues peuvent être transformées et revendues sous forme de doses multiples (figure).

En 2013, le système d'alerte précoce de l'Union européenne a reçu des notifications concernant l'apparition de 81 nouvelles substances psychoactives, ce qui porte le nombre de substances surveillées à plus de 350. Des évaluations formelles des risques sont entreprises pour les substances soupçonnées d'avoir de considérables effets néfastes à l'échelle européenne. Deux substances ont fait l'objet d'une évaluation des risques en 2013. Des évaluations vont être menées sur quatre nouvelles substances d'ici avril 2014, et d'autres devraient suivre. Dans un contexte où la nouvelle législation de l'UE en la matière est en débat, le système d'alerte précoce est donc soumis à une pression croissante, due au volume et à la diversité des substances apparaissant sur le marché.

Le suivi et le signalement des effets dangereux, à savoir essentiellement les décès et les intoxications aiguës, jouent un rôle central dans les missions du système d'alerte précoce. Cependant, seuls quelques pays disposent de systèmes solides pour le suivi des urgences sanitaires liées à l'usage de drogue. Il n'existe pas de système de transmission des données normalisé au niveau de l'UE dans ce domaine et le manque de suivi systématique en la matière représente une lacune dans la surveillance européenne des menaces émergentes pour la santé. Par exemple, il est difficile de déterminer les conséquences à l'échelle européenne des rapports en provenance de certains pays signalant des réactions aiguës à l'usage de cannabinoïdes de synthèse.

En bref — estimations relatives à la consommation de drogue dans l'Union européenne

| |
|---|
| Cannabis |
| 73,6 millions ou 21,7 % des adultes (15–64 ans) ont consommé du cannabis au cours de leur vie |
| 18,1 millions ou 5,3 % des adultes (15–64 ans) ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée |
| 14,6 millions ou 11,2 % des jeunes adultes (15–34 ans) ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée |
| 0,4 % et 18,5 % - estimation nationale la plus basse et la plus élevée concernant la consommation de cannabis chez les jeunes adultes au cours de l'année écoulée |
| Cocaïne |
| 14,1 millions ou 4,2 % des adultes (15–64 ans) ont consommé de la cocaïne au cours de leur vie |
| 3,1 millions ou 0,9 % des adultes (15–64 ans) ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée |
| 2,2 millions ou 1,7 % des jeunes adultes (15–34 ans) ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée |
| 0,2 % et 3,6 % - estimation nationale la plus basse et la plus élevée concernant la consommation de cocaïne chez les jeunes adultes au cours de l'année écoulée |
| Amphétamines |
| 11,4 millions ou 3,4 % des adultes (15–64 ans) ont consommé des amphétamines au cours de leur vie |
| 1,5 million ou 0,4 % des adultes (15–64 ans) ont consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée |
| 1,2 million ou 0,9 % des jeunes adultes (15–34 ans) ont consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée |
| 0,0 % et 2,5 % - estimation nationale la plus basse et la plus élevée concernant la consommation d'amphétamines chez les jeunes adultes au cours de l'année écoulée |
| Ecstasy |
| 10,6 millions ou 3,1 % des adultes (15–64 ans) ont consommé de l'ecstasy au cours de leur vie |
| 1,6 million ou 0,5 % des adultes (15–64 ans) ont consommé de l'ecstasy au cours de l'année écoulée |
| 1,3 million ou 1,0 % des jeunes adultes (15–34 ans) ont consommé de l'ecstasy au cours de l'année écoulée |
| 0,1 % et 3,1 % - estimation nationale la plus basse et la plus élevée concernant la consommation d'ecstasy chez les jeunes adultes au cours de l'année écoulée |
| Opiacés |
| 1,3 million d'usagers problématique d'opiacés (15–64 ans) |
| 3,5 % de tous les décès chez les Européens âgés de 15 à 39 ans sont dus à une surdose ; des opiacés sont impliqués dans environ trois quarts des surdoses mortelles |
| Les opiacés sont la drogue à l'origine (posant le plus de problèmes à l'utilisateur) de près de 45 % de l'ensemble des demandes de traitement dans l'Union européenne |
| 700 000 usagers d'opiacés ont reçu un traitement de substitution en 2012 |

NB : pour obtenir l'ensemble complet des données ainsi que des informations sur la méthodologie employée, veuillez vous référer à la section en ligne présentant les données statistiques (*European Drug Report : Data and statistics*).

Cannabis : controverses, contrastes et contradictions

Les données de l'Union européenne relatives aux comportements indiquent que le cannabis reste la drogue qui polarise le plus l'opinion publique. Cette polarisation de l'opinion contribue au maintien d'un débat public animé, récemment alimenté par des changements survenus à l'échelle internationale dans la manière dont la disponibilité et l'usage du cannabis sont réglementés, notamment des modifications législatives adoptées dans certains États des États-Unis et en Amérique latine.

En Europe, contrairement aux évolutions observées ailleurs, la consommation globale de cannabis semble être stable, voire en baisse, surtout chez les plus jeunes. Cette tendance n'est toutefois pas uniforme. Un certain nombre de pays ayant généralement une prévalence peu élevée ont récemment enregistré une hausse de l'usage de cette drogue.

Contrairement au débat politique, où les discussions portent sur les options en matière législative, sur le terrain les évolutions se concentrent essentiellement sur des mesures permettant de répondre aux dommages et aux problèmes sociaux associés à la production et à la consommation de cannabis. Les conséquences sur la santé des différents modes de consommation du cannabis sont de mieux en mieux comprises. L'offre de soins et le recours au traitement pour des problèmes liés à la consommation de cannabis se sont développés, bien que le nombre de patients entamant un traitement spécialisé en lien avec le cannabis se soit stabilisé. Le cannabis est aujourd'hui la drogue la plus souvent citée lors d'une demande d'aide parmi les patients entamant un traitement pour la première fois de leur vie. La compréhension de ce qui constitue une réponse efficace dans ce domaine progresse également : certains pays ont exploré un vaste éventail de services, allant de séances intensives de soutien avec la participation des membres de la famille à des interventions rapides via Internet.

Depuis 2000 environ, de nombreux pays ont diminué la gravité des sanctions infligées pour les infractions liées à la simple consommation ou à la possession de cannabis. Plus globalement, les débats européens sur le contrôle du cannabis ont eu tendance à se concentrer sur la répression de l'offre et du trafic de drogue plutôt que sur sa consommation. Le nombre total d'infractions liées à la possession et à la consommation de cannabis augmente cependant de façon constante depuis près de dix ans.

La production et l'offre de drogue : activité principale de la criminalité organisée

La taille du marché du cannabis, combinée à l'augmentation de la production domestique, a entraîné une prise de conscience progressive de l'importance de la drogue, activité lucrative permettant aux groupes criminels organisés de générer des liquidités. Désormais, une plus grande attention est également accordée aux coûts sociaux qui en découlent, notamment la violence et d'autres formes de délits, ainsi qu'à la pression que fait peser la surveillance des lieux de production de la drogue sur les services répressifs.

Tant à l'échelle internationale qu'au sein de l'Union européenne, des groupes criminels organisés d'Asie du Sud-Est ont été associés, parmi d'autres, à la production de cannabis. Des signes inquiétants laissent penser que ces groupes diversifient maintenant leurs activités, en s'adonnant à la fabrication et à la vente de méthamphétamine dans certaines régions d'Europe centrale. Cette tendance reflète une évolution plus générale, signalée dans l'analyse du marché de la drogue récemment réalisée par l'EMCDDA et Europol : les groupes criminels adoptent désormais une approche plus intégrée, plus opportuniste, tout en diversifiant les substances impliquées. Par exemple, certains groupes criminels historiquement impliqués dans le commerce de l'héroïne sont à présent signalés comme étant actifs dans le trafic de cocaïne et de méthamphétamine dans l'Union européenne, via des circuits établis pour l'acheminement de l'héroïne.

Le rapport 2014 fait état de nouvelles inquiétudes quant à la disponibilité accrue de la méthamphétamine en Europe. Outre la production domestique en Europe centrale et septentrionale, cette drogue est également produite au Moyen-Orient, d'où elle est parfois importée dans l'Union européenne pour y être à nouveau exportée vers les pays de l'Asie du Sud-Est. Cependant, une partie de plus en plus importante de cette production contribue à accroître la disponibilité de la méthamphétamine en Europe. Des signalements concernant l'émergence d'une pratique consistant à fumer de la méthamphétamine en Grèce et en Turquie s'avèrent particulièrement préoccupants, vu les risques pour la santé associés à ce mode de consommation.

Le nouveau marché de la drogue revêt un caractère de plus en plus dynamique, mondial et innovant, comme l'illustre notamment la réapparition de poudres et de comprimés d'ecstasy de « qualité » dans l'Union européenne et ailleurs. Cette résurgence semble être le fait de producteurs illicites, qui importent des substances

chimiques non réglementées ou « masquées » pour fabriquer cette drogue. Récemment, Europol a annoncé le démantèlement, en Belgique, de deux des plus grands sites de fabrication de drogue jamais découverts dans l'Union européenne, capables de produire rapidement de grandes quantités de MDMA (3,4-méthylènedioxyamphétamine). Les saisies et les effets indésirables signalés ont également incité Europol et l'EMCDDA à publier un avertissement conjoint concernant la disponibilité de produits à forte teneur en MDMA.

Un marché des stimulants très volatile

Il reste à savoir si l'augmentation de la teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy entraînera un regain d'intérêt de la part des consommateurs pour cette drogue. Dans son ensemble, le marché européen des stimulants illicites semble être relativement stable : la cocaïne reste le stimulant favori dans les pays du sud et de l'ouest, tandis que l'amphétamine est plus populaire dans les pays du nord et de l'est. Les indicateurs relatifs à l'usage de cocaïne et d'amphétamine sont généralement en baisse.

Ces différences géographiques sur le marché européen des stimulants sont confirmées par de nouvelles études menées à partir de l'analyse des eaux usées qui semblent de plus en plus en mesure de fournir des données sur les comportements de consommation de drogues au niveau des villes et dans certains contextes particuliers.

La disponibilité est une variable clé en matière de consommation de stimulants. La pénurie d'une drogue particulière peut pousser les consommateurs à tester d'autres substances, le prix et la perception de la qualité constitueront alors des facteurs importants. Ce processus a été observé dans des contextes récréatifs, ainsi que chez des usagers de drogue par voie intraveineuse. En toile de fond de cette situation, on trouve notamment un nombre toujours plus élevé de substances désormais disponibles sur le marché des stimulants : cathinones de synthèse, ainsi que méthamphétamine, amphétamine, ecstasy et cocaïne.

Les coûts à long terme des traitements liés à la drogue

L'Europe fait face à un double défi : elle doit, d'une part, élaborer des réponses efficaces aux problèmes émergents et, d'autre part, continuer à tenir compte des besoins des usagers de drogues en traitement à long terme.

Ce rapport met en évidence les évolutions et l'émergence de nouveaux schémas en matière d'épidémiologie et de traitements. Néanmoins, la majeure partie des coûts liés au traitement de l'usage de drogues provient toujours des problèmes découlant des « épidémies » d'héroïne des années 1980 et 1990. Bien que l'initiation à l'héroïne soit en recul, la dépendance à l'héroïne, caractérisée par un modèle de maladie chronique avec des cycles de rechute et d'admission en traitement, demeure l'un des principaux domaines d'action. L'Union européenne a consacré des moyens considérables pour mettre des traitements à disposition de ces personnes qui seraient selon les estimations 750 000 à bénéficier d'un traitement de substitution aux opiacés. On estime que ces interventions ont eu des retombées positives pour la santé publique et ont contribué à affaiblir le marché illicite. L'Europe doit aujourd'hui prendre en charge une cohorte vieillissante de consommateurs et d'anciens usagers d'héroïne, parmi lesquels beaucoup sont socialement exclus et défavorisés. Dans ce contexte, les notions de rétablissement et de réinsertion sociale suscitent un intérêt croissant sur le plan politique. En outre, le vieillissement de cette population risque d'aggraver sa vulnérabilité à une série de problèmes de santé.

1

**Près d'un million de saisies
de drogues illicites sont signalées
chaque année en Europe**

Offre de drogue

L'Europe est une destination majeure pour les substances réglementées et joue également un rôle plus limité en tant que point de transit pour les drogues acheminées vers d'autres régions. L'Amérique latine, l'Asie de l'ouest et l'Afrique du nord sont d'importantes régions d'origine pour les drogues qui entrent en Europe. Par ailleurs, l'Europe est une région productrice de cannabis et de drogues de synthèse. La quasi-totalité du cannabis produit est destinée à la consommation locale, mais certaines drogues de synthèse sont également fabriquées à des fins d'exportation vers d'autres régions.

La disponibilité des « nouvelles substances psychoactives » non réglementées par les traités internationaux de lutte contre la drogue constitue une évolution relativement récente des marchés européens de la drogue. Généralement produites hors de l'Europe, ces substances peuvent être obtenues auprès de détaillants en ligne et de magasins spécialisés. Elles sont également parfois vendues sur le marché des drogues illicites.

Les indicateurs de suivi de l'offre de drogue

Les analyses présentées dans cette section reposent sur diverses sources de données : saisies de drogues, démantèlements d'unités de production de drogues, saisies de précurseurs chimiques, infractions liées à l'offre de drogue, et analyses médico-légales des saisies de drogue. Des données statistiques exhaustives et des repères méthodologiques sont proposés dans l'espace en ligne *European Drug Report : Data and statistics*. Il convient de noter que les évolutions peuvent être influencées par divers facteurs, parmi lesquels le taux d'activité des forces répressives et l'efficacité des mesures d'interdiction.

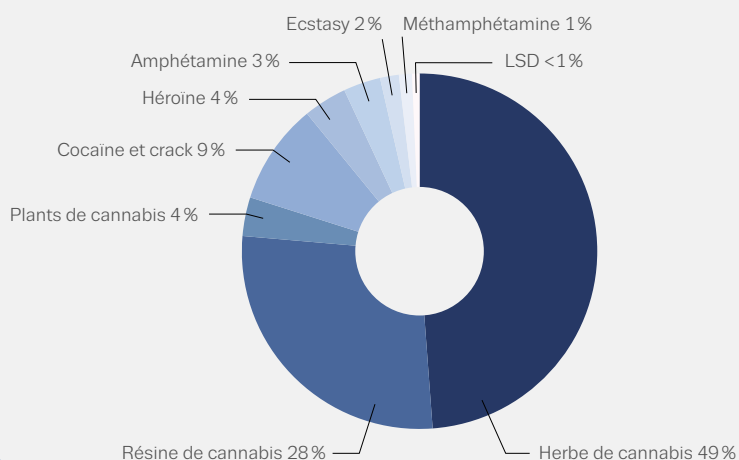
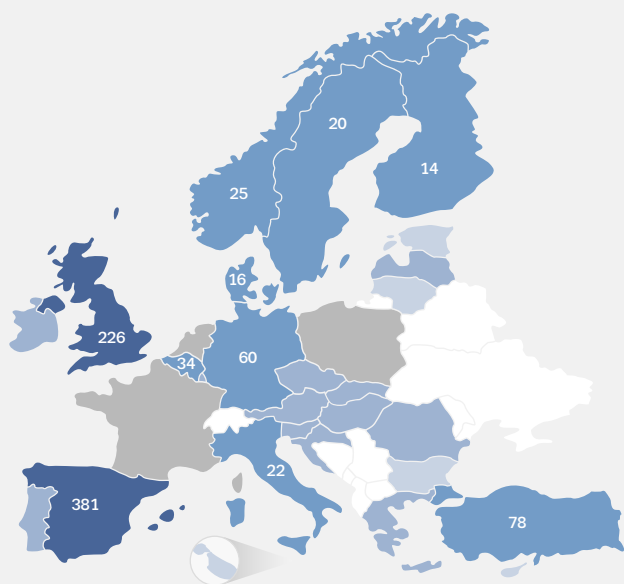
Les données relatives aux nouvelles substances psychoactives sont basées sur les notifications reçues par le système d'alerte précoce de l'UE, qui s'appuie sur les chiffres fournis par les réseaux nationaux de l'EMCDDA et d'Europol. Une description complète de ce mécanisme est disponible sur le site web de l'EMCDDA, à la rubrique *Action on new drugs*.

80 % des saisies en Europe concernent le cannabis

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

FIGURE 1.1

Nombre de saisies déclarées par pays (à gauche), et proportion de saisies pour les principales drogues (à droite), 2012



Saisies (en milliers) <1 1–10 11–100 >100 Aucune donnée
 NB : nombre de saisies (en milliers) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

En 2012, deux tiers de l'ensemble des saisies opérées dans l'Union européenne ont été déclarées par deux pays, l'Espagne et le Royaume-Uni. L'Allemagne, la Belgique, l'Italie et quatre pays nordiques ont fait état d'un nombre de saisies moins élevé, mais non négligeable (figure 1.1). Il est à noter que l'on ne dispose pas de données récentes pour trois pays ayant déclaré par le passé un nombre important de saisies. En outre, la Turquie a enregistré d'importantes saisies de drogues, dont certaines étaient destinées à être consommées dans d'autres pays, tant en Europe qu'au Moyen-Orient.

Plus de 80 % des saisies en Europe concernent le cannabis (figure 1.1), ce qui reflète la forte prévalence de sa consommation. La cocaïne occupe la deuxième place, avec environ deux fois plus de saisies déclarées que pour les amphétamines ou l'héroïne. Le nombre de saisies d'ecstasy est plus faible, mais est en augmentation depuis quelques années.

Cannabis : une plus grande disponibilité de l'herbe de cannabis

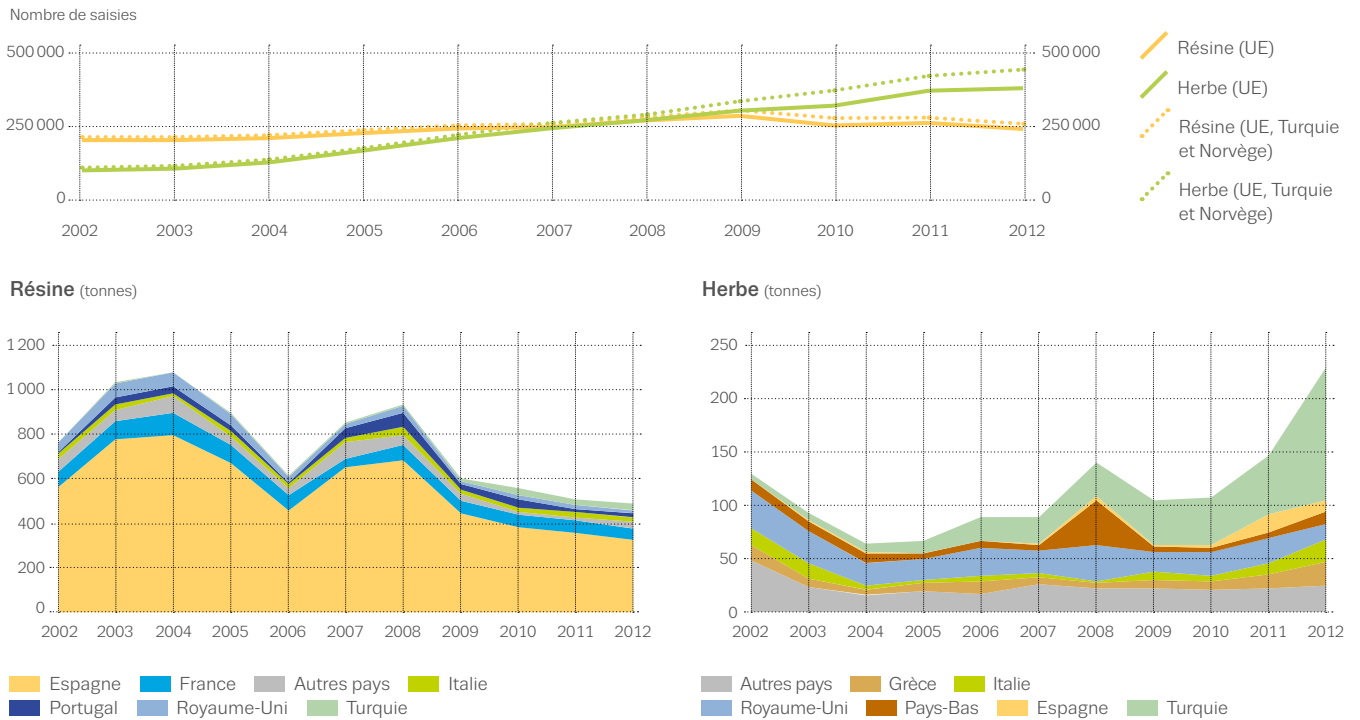
Deux formes de cannabis sont habituellement disponibles sur le marché européen des drogues : l'herbe de cannabis (« marijuana ») et la résine de cannabis (« haschisch »). La consommation annuelle de ces produits est estimée à quelque 2 000 tonnes.

L'herbe de cannabis que l'on trouve en Europe est tantôt cultivée localement, tantôt importée de pays tiers. La majeure partie de la résine de cannabis est importée du Maroc par bateau ou par avion.

Au cours des dix dernières années, le nombre de saisies d'herbe de cannabis a dépassé celui de la résine et représente maintenant près des deux tiers des saisies totales de cannabis (figure 1.2). Cette évolution reflète la disponibilité croissante de l'herbe de cannabis produite localement dans de nombreux pays. Néanmoins, la quantité de résine de cannabis saisie dans l'Union européenne, bien qu'en régression ces dernières années, demeure supérieure à la quantité déclarée d'herbe de cannabis saisie (457 tonnes contre 105 tonnes en 2012). Cela tient probablement au fait que la résine de cannabis est plus facilement transportable en grosse quantité sur de plus longues distances et à travers les frontières, et est donc plus susceptible d'être interceptée.

FIGURE 1.2

Nombre de saisies de cannabis et quantités saisies en tonnes : résine et herbe, entre 2002 et 2012

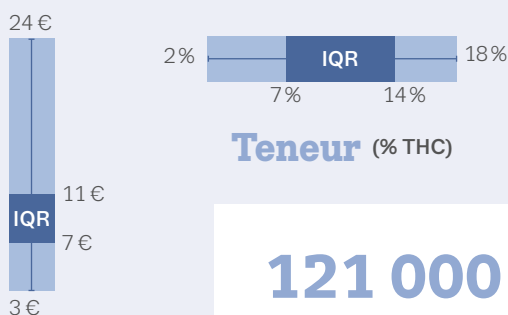


CANNABIS

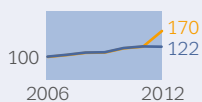
Résine

457 Tonnes saisies
240 000 Saisies

486 Tonnes saisies (UE + 2)
258 000 Saisies (UE + 2)



Prix (EUR/g)

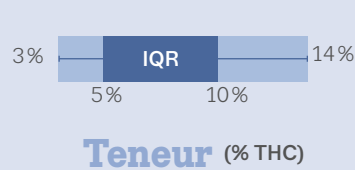


Indices de prix et de teneur

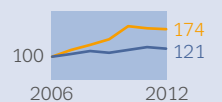
Herbe

105 Tonnes saisies
395 000 Saisies

230 Tonnes saisies (EU + 2)
457 000 Saisies (EU + 2)



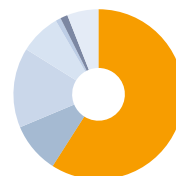
Prix (EUR/g)



Indices de prix et de teneur

121 000 déclarations d'infractions liées à l'offre de cannabis

59% des infractions déclarées sont liées à l'offre

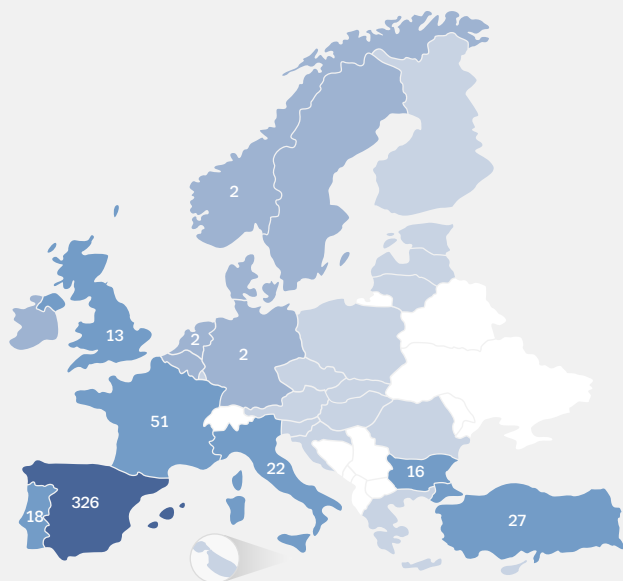


UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et teneur des produits à base de cannabis : valeurs nationales moyennes - minimum, maximum et intervalle interquartile (IQR). Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

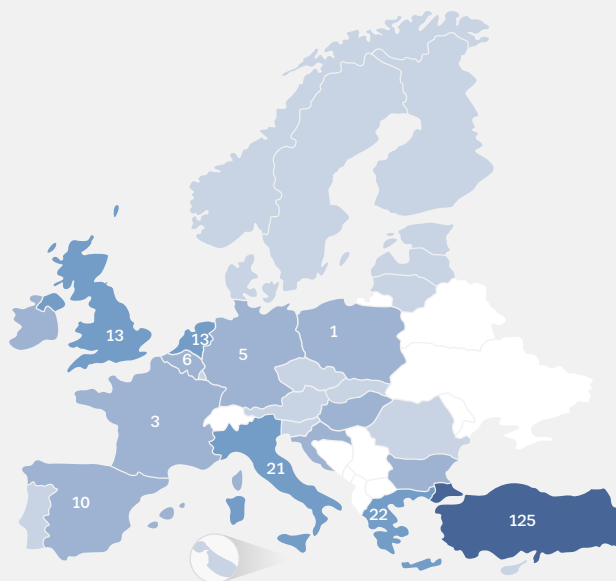
FIGURE 1.3

Quantités de résine de cannabis et d'herbe de cannabis saisies en 2012

Résine



Herbe



Tonnes <1 1-10 11-100 >100

NB : quantités saisies (en tonnes) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

En termes de quantités saisies, un petit nombre de pays occupent une place disproportionnée, en partie parce qu'ils se situent sur les principaux itinéraires de trafic (figures 1.2 et 1.3). Ainsi, l'Espagne, de par sa proximité avec le Maroc et l'importance de son marché intérieur, a déclaré environ les deux tiers de la quantité totale de résine saisie en Europe en 2012. Pour ce qui est de l'herbe de cannabis, la Grèce et l'Italie ont toutes deux récemment fait état d'une forte augmentation des quantités saisies. Depuis 2007, la Turquie a saisi de plus grandes quantités d'herbe que n'importe quel État membre et a indiqué en 2012 en avoir saisi plus du double par rapport à 2011.

Les saisies de plants de cannabis peuvent être considérées comme un indicateur de la production domestique, même si la qualité des données disponibles en la matière pose problème pour effectuer des comparaisons. En 2012, 33 000 saisies de plants de cannabis ont été recensées en Europe. Entre 2011 et 2012, le nombre de plants saisis signalé est passé de 5 à 7 millions, notamment du fait que les chiffres communiqués par l'Italie ont quadruplé. Au cours de la même période, les quantités saisies sont passées de 33 à 45 tonnes.

Les tendances globales à l'échelon européen indiquent une hausse du prix de détail, mais aussi de la teneur en principe actif (tétrahydrocannabinol, THC) pour l'herbe comme pour la résine de cannabis entre 2006 et 2012. Le taux de THC des deux formes de cannabis a augmenté depuis 2006, sachant que, dans le cas de la résine, une bonne part de cette augmentation s'est opérée entre 2011 et 2012.

L'émergence de cannabinoïdes de synthèse, substances chimiques imitant les effets du cannabis, ajoute une dimension nouvelle au marché du cannabis. La plupart de ces poudres synthétiques sont apparemment fabriquées en Chine, puis acheminées en vrac, par l'intermédiaire de réseaux de transport et de distribution légitimes bien établis. Une fois dans l'Union européenne, ces substances chimiques sont généralement mélangées à des plantes ou pulvérisées sur celles-ci et conditionnées comme *legal highs* ou « euphorisants légaux » pour être vendues sur Internet ou par l'intermédiaire d'autres détaillants. Au premier semestre 2013, dix-huit pays ont fait état de plus de 1 800 saisies de cannabinoïdes de synthèse. Les plus grosses saisies ont été déclarées par l'Espagne (20 kg) et la Finlande (7 kg).

Héroïne : recul général des saisies, mais augmentation en Turquie

Historiquement, deux formes d'héroïne importée sont disponibles sur le marché européen. La plus courante est l'héroïne brune (forme chimique « base ») et provient essentiellement d'Afghanistan. L'héroïne blanche (forme chlorhydrate) est quant à elle beaucoup plus rare et vient généralement d'Asie du Sud-Est, mais peut maintenant être produite ailleurs. Quelques opiacés sont également produits en quantités limitées en Europe. Il s'agit pour l'essentiel de produits de fabrication artisanale à base de pavot dont la fabrication a été signalée dans certaines régions d'Europe orientale.

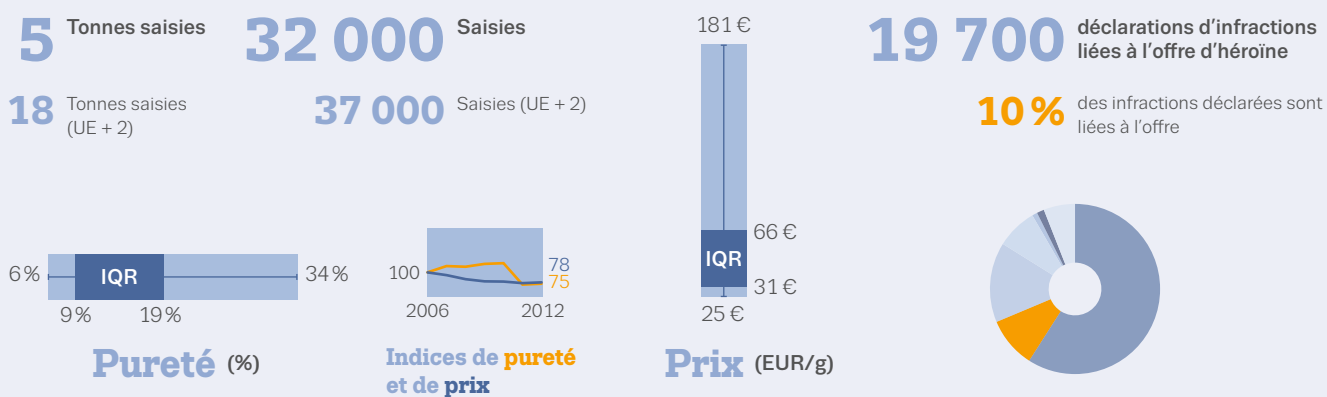
L'Afghanistan reste le premier producteur d'opium illicite au monde. On estime que la majeure partie de l'héroïne consommée en Europe est fabriquée dans ce pays ou, dans une moindre mesure, dans les pays voisins Iran et Pakistan. Il existe plusieurs voies d'acheminement de la drogue en Europe. Un itinéraire passe par la Turquie pour arriver dans les pays balkaniques (Bulgarie, Roumanie ou Albanie) et continuer vers l'Europe centrale, méridionale et occidentale. Un autre traverse la Russie en passant par les

anciennes républiques soviétiques d'Asie centrale. Les cargaisons d'héroïne d'Iran ou du Pakistan peuvent aussi pénétrer en Europe par air ou par mer, soit directement, soit en transitant par l'Afrique occidentale ou orientale.

Entre 2002 et 2010, le nombre de saisies d'héroïne déclarées en Europe est resté relativement stable, à hauteur de 50 000 par an environ. Or, depuis 2010, le nombre de saisies d'héroïne a considérablement chuté, puisqu'environ 32 000 saisies ont été déclarées en 2012. La quantité saisie en 2012 (5 tonnes) a été la plus faible de la dernière décennie, et équivalait à environ la moitié seulement de la quantité saisie en 2002 (10 tonnes). Cette baisse constatée dans l'Union est allée de pair avec une augmentation des quantités saisies en Turquie qui, chaque année depuis 2006, ont été supérieures à celles de tous les pays de l'UE réunis (figures 1.4 et 1.5).

Depuis 2010, le nombre de saisies d'héroïne a considérablement chuté, puisqu'environ 32 000 saisies ont été déclarées en 2012

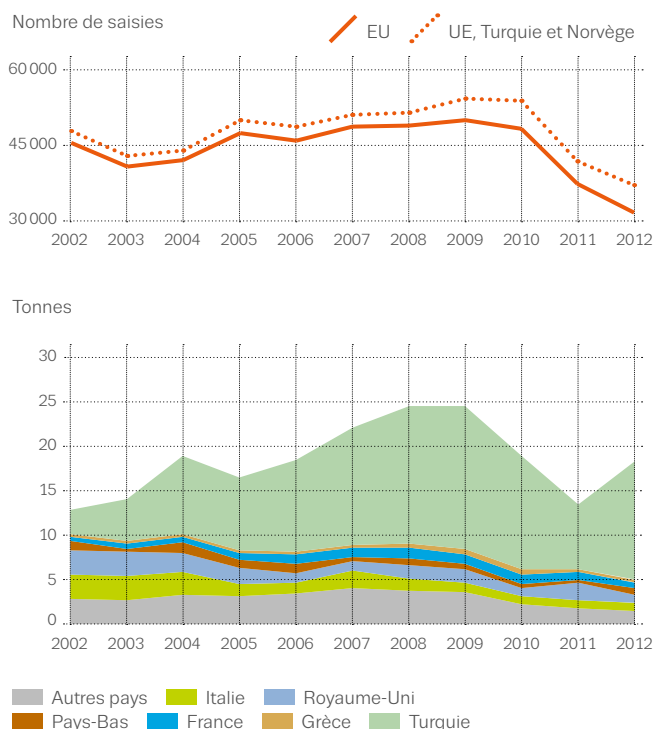
HÉROÏNE



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

FIGURE 1.4

Nombre de saisies d'héroïne et quantités saisies entre 2002 et 2012

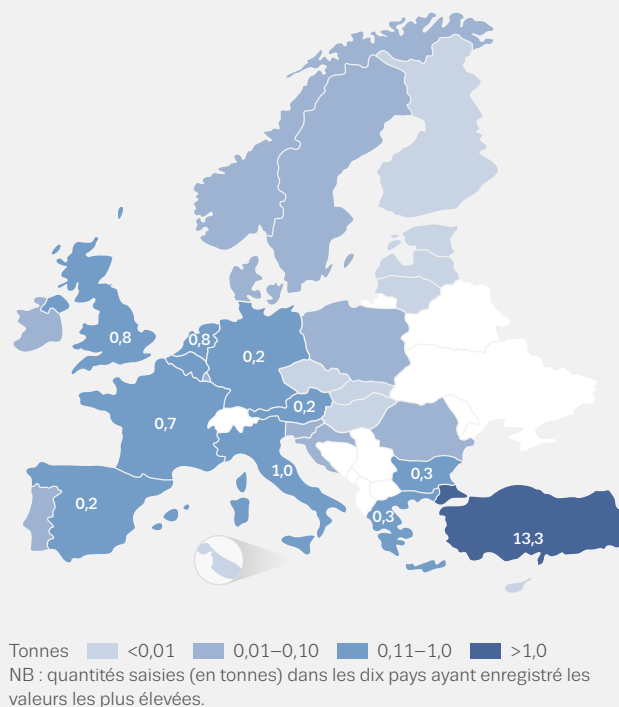


Le recul observé au niveau des saisies d'héroïne depuis 2010/2011 se retrouve dans les tendances relatives au degré de pureté et aux infractions liées à l'offre de cette substance (voir chapitre 4). Plusieurs pays ont connu à l'époque une importante pénurie d'héroïne, dont peu de marchés semblent s'être tout à fait relevés. Toutefois, les quantités saisies en Turquie, qui avaient diminué en 2011, sont revenues à des niveaux plus élevés en 2012.

L'apparition d'opiacés de synthèse pouvant se substituer à l'héroïne a été notifiée par l'intermédiaire du système d'alerte précoce de l'UE (EWS). Il s'agit entre autres de fentanyl fortement dosés, qui peuvent provenir de produits pharmaceutiques détournés (notamment de patchs antidouleur non détruits de manière adéquate), ou être fabriqués spécialement pour le marché illicite. Entre 2012 et 2013, 28 saisies d'un nouvel opiacé de synthèse appelé AH-7921, similaire à la morphine sur le plan pharmacologique ont été signalées (voir page 28).

FIGURE 1.5

Quantités d'héroïne saisies en 2012



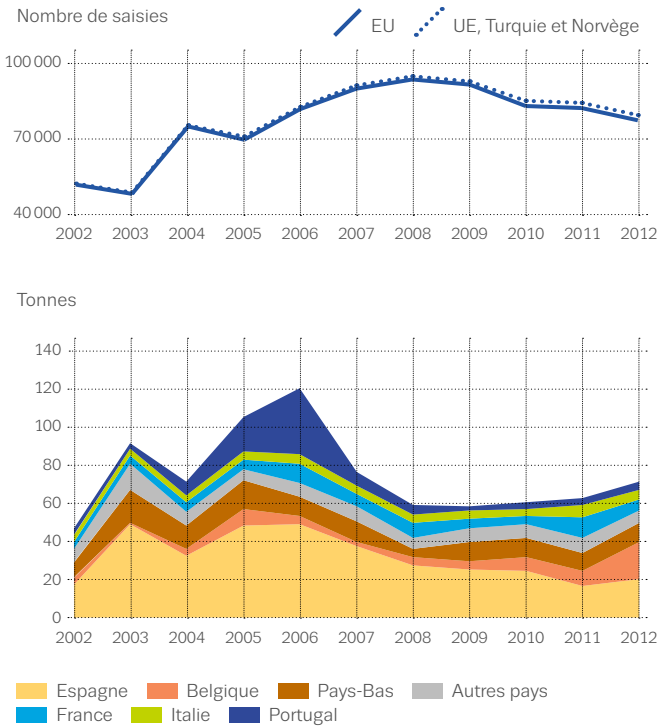
Cocaïne : le nombre de saisies continue de décroître

En Europe, deux formes de cocaïne sont disponibles, dont la plus commune est la cocaïne poudre (forme chlorhydrate). Le crack, plus rare, est une forme de cocaïne fumable. La cocaïne est une substance extraite des feuilles de la coca. Elle est produite presque exclusivement en Bolivie, en Colombie et au Pérou, d'où elle est expédiée par air et par mer vers l'Europe. Le trafic de cocaïne vers l'Europe, ainsi que les efforts de répression à son encontre, semblent se concentrer principalement dans les pays occidentaux et méridionaux. L'Espagne, la Belgique, les Pays-Bas, la France et l'Italie totalisent 85 % des 71 tonnes saisies en 2012 (figure 1.6). D'importantes saisies individuelles effectuées dans des ports de Bulgarie, de Grèce, de Roumanie et des pays baltes indiquent une diversification des itinéraires du trafic de cocaïne vers l'Europe.

En 2012, quelque 77 000 saisies de cocaïne ont été déclarées dans l'Union européenne, atteignant une quantité totale de 71 tonnes. Si leur nombre est resté élevé par rapport à 2002, il y a eu un net recul depuis le pic de 2008 qui avoisinait les 95 000. La quantité de cocaïne saisie en 2012 est supérieure de près de 10 tonnes à celle de l'année précédente, mais se situe encore loin derrière le maximum de 120 tonnes saisies en 2006 (figure 1.6).

FIGURE 1.6

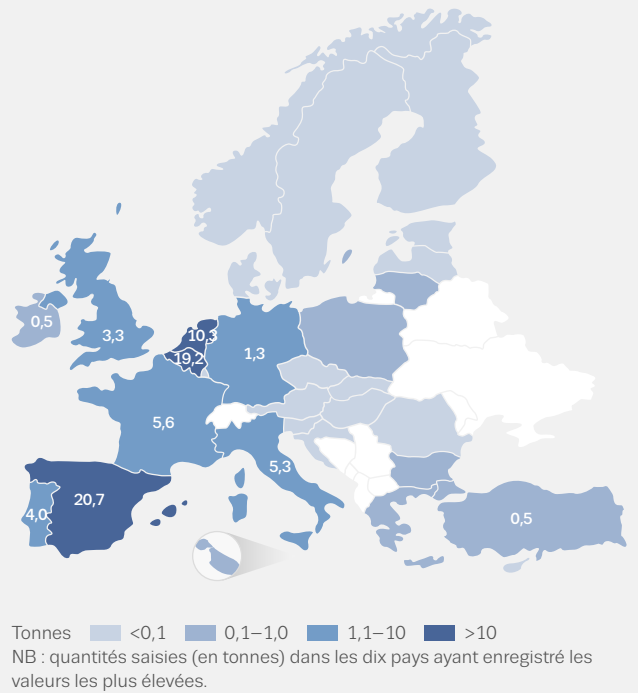
Nombre de saisies de cocaïne et quantités saisies entre 2002 et 2012



C'est dans la péninsule ibérique que la diminution des quantités de cocaïne saisies est la plus notable, en particulier au Portugal entre 2006 et 2007, et de façon

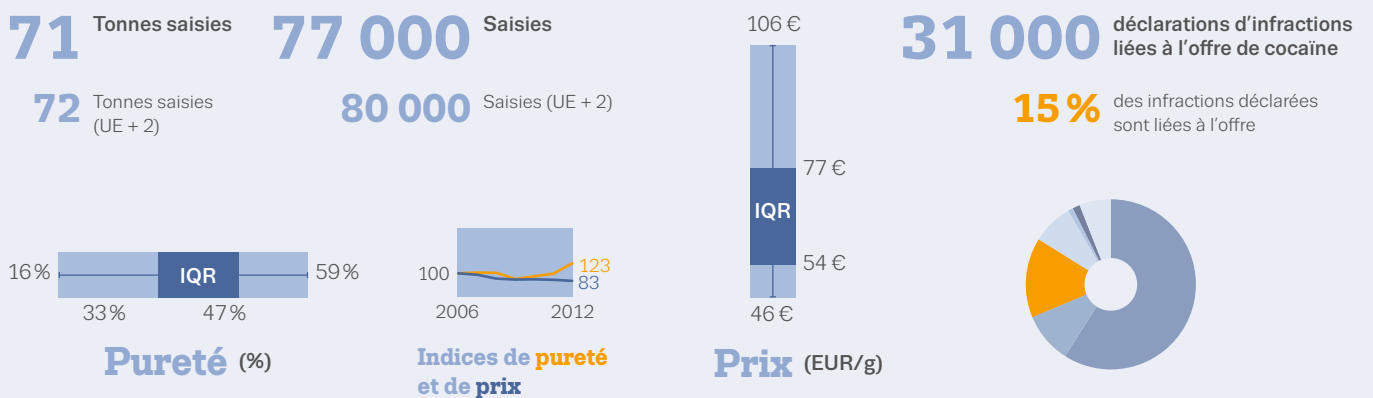
FIGURE 1.7

Quantités de cocaïne saisies en 2012



plus progressive en Espagne entre 2006 et 2011. La Belgique a fait état de chiffres record en 2012 (19 tonnes) (figure 1.7).

COCAÏNE



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

Amphétamines : signes d'une augmentation de la production de méthamphétamine

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants de synthèse étroitement apparentés, connus sous l'appellation générique d'amphétamines. De ces deux substances, l'amphétamine a toujours été la plus répandue en Europe, mais on perçoit aujourd'hui des signes d'une disponibilité accrue de la méthamphétamine.

Ces deux drogues sont fabriquées en Europe pour une consommation domestique, bien qu'une certaine quantité d'amphétamine soit également produite à des fins d'exportation, principalement vers le Moyen-Orient. L'amphétamine est notamment produite en Belgique et aux Pays-Bas, ainsi qu'en Pologne et dans les États baltes, tandis que deux grandes régions se dégagent pour la production de méthamphétamine. Il s'agit d'abord des pays baltes, où elle se concentre autour de la Lituanie pour être exportée en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni. Le benzyl-méthyl-cétone (BMK) y est utilisé comme précurseur chimique. Dans la deuxième région, qui a pour épiceutre la République tchèque et qui s'étend aux pays voisins Slovaquie et Allemagne, la production basée principalement sur l'éphédrine et la pseudoéphédrine se fait dans des

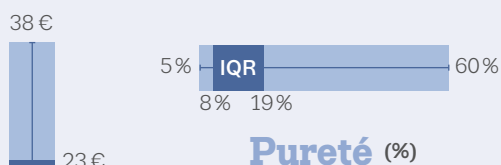
laboratoires artisanaux de petite taille et se destine essentiellement à une distribution nationale. Ces deux dernières années, les signes d'une recrudescence de l'activité d'organisations criminelles vietnamiennes sur les marchés tchèques de méthamphétamine et d'un accroissement de la production ont été décelés. En 2011, les autorités ont déclaré avoir démantelé 350 sites de production en Europe, quoiqu'il s'agisse pour la plupart d'installations à petite échelle en République tchèque (338).

En 2012, les États membres de l'Union ont signalé 29 000 saisies d'amphétamine, pour un total de 5,5 tonnes. L'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni en ont déclaré à eux seuls plus de la moitié (figure 1.8). Les saisies d'amphétamine en 2012 sont retombées à peu près aux mêmes niveaux qu'en 2003 (figure 1.9). Les saisies de méthamphétamine, bien que restant faibles en termes de nombres et de quantités, ont quant à elles augmenté au cours de la même période (figure 1.10). En 2012, 7 000 saisies, pour un volume de 0,34 tonne, ont été déclarées dans l'Union européenne. La Turquie et la Norvège ont par ailleurs totalisé 4 000 saisies (0,64 tonne), soit près de deux fois la quantité saisie dans toute l'Union.

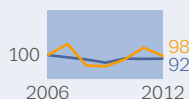
AMPHÉTAMINES

Amphétamine

5,5 Tonnes saisies **29 000** Saisies
5,9 Tonnes saisies (UE + 2) **32 000** Saisies (UE + 2)



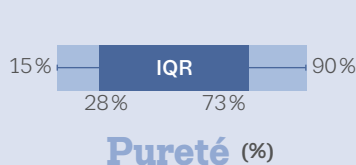
Prix (EUR/g)



Indices de prix et de pureté

Méthamphétamine

0,3 Tonnes saisies **7 000** Saisies
1,0 Tonnes saisies (UE + 2) **11 100** Saisies (UE + 2)



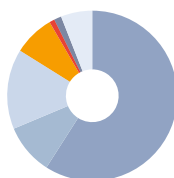
Prix (EUR/g)

16 000

déclarations d'infractions liées à l'offre d'amphétamine

8%

des infractions déclarées sont liées à l'offre



2 300

déclarations d'infractions liées à l'offre de méthamphétamine

1%

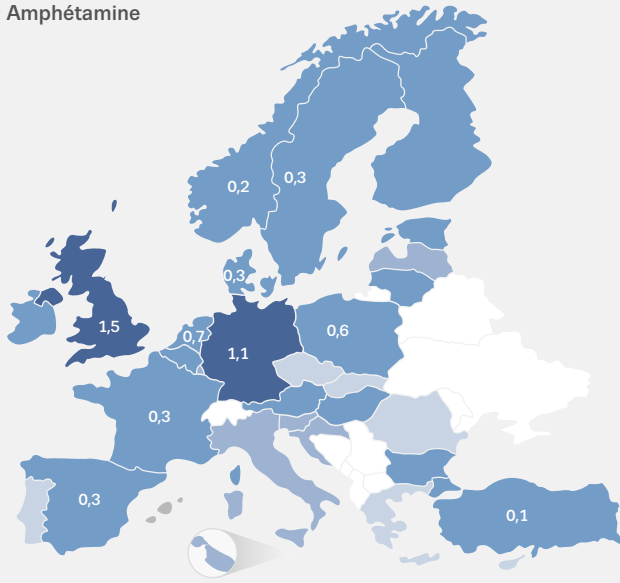
des infractions déclarées sont liées à l'offre

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

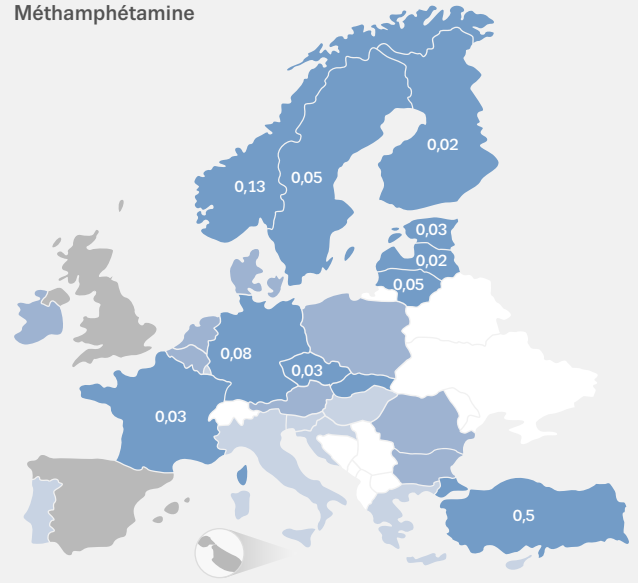
FIGURE 1.8

Quantités d'amphétamine et de méthamphétamine saisies en 2012

Amphétamine



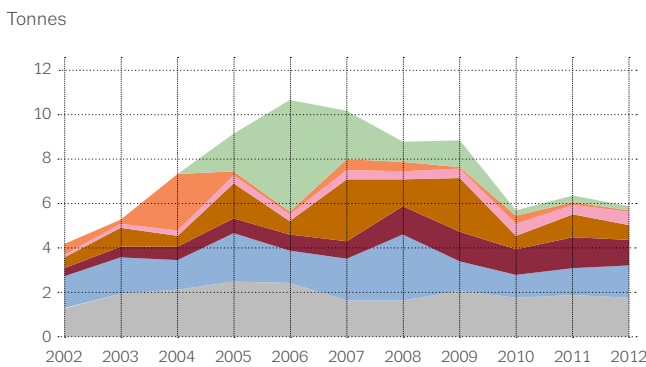
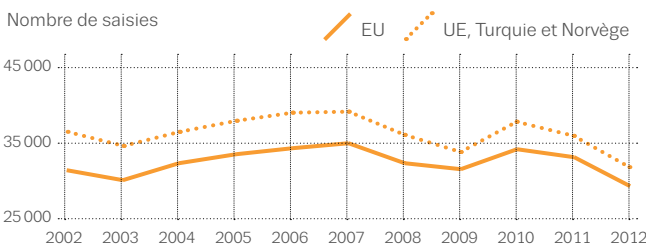
Méthamphétamine



Tonnes <0,001 0,001–0,010 0,011–1,0 >1,0 Aucune donnée
 NB : quantités saisies (en tonnes) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

FIGURE 1.9

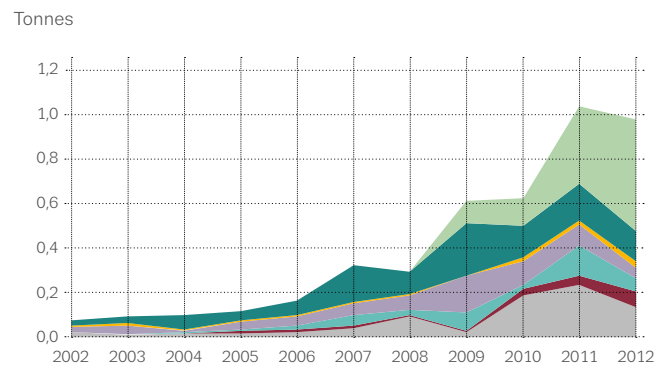
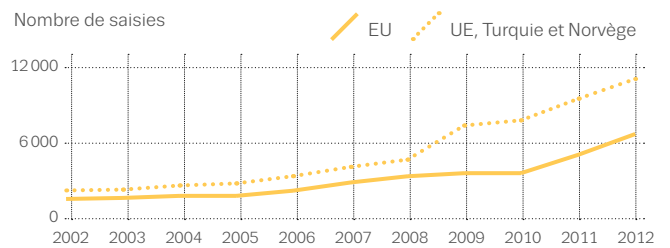
Nombre de saisies d'amphétamine et quantités saisies entre 2002 et 2012



Autres pays Royaume-Uni Allemagne Pays-Bas Pologne Belgique Turquie

FIGURE 1.10

Nombre de saisies de méthamphétamine et quantités saisies entre 2002 et 2012



Autres pays Allemagne Lituanie Suède République tchèque Norvège Turquie

Ecstasy : disponibilité d'une poudre très pure

L'ecstasy désigne habituellement la substance de synthèse MDMA (3,4-méthylènedioxyamphétamine), qui est chimiquement apparentée aux amphétamines, mais dont les effets diffèrent. Les comprimés vendus sous le nom d'ecstasy peuvent cependant contenir n'importe quelles substances analogues à la MDMA ainsi que d'autres substances chimiques non apparentées. La MDMA en poudre et sous forme « crystal » semble être plus répandue, et de la poudre très pure est disponible dans plusieurs pays d'Europe.

La production d'ecstasy en Europe semble se concentrer en Belgique et aux Pays-Bas, comme en témoigne le nombre de laboratoires qui y ont été démantelés au cours de la dernière décennie. Le nombre de démantèlements en Europe a chuté d'une cinquantaine en 2002 à trois en 2010, ce qui correspond vraisemblablement à une importante diminution de la production. Depuis peu, une certaine reprise du marché de l'ecstasy se fait sentir, au vu du démantèlement de plusieurs gros sites de production de MDMA en Belgique et aux Pays-Bas en 2013.

En 2012, 4 millions de comprimés d'ecstasy ont été saisis dans l'UE, principalement aux Pays-Bas (2,4 millions), au Royaume-Uni (0,5 million) et en Allemagne (0,3 million). La Turquie en a également saisi 3 millions la même année (figures 1.11 et 1.12). Les saisies européennes de 2012 représentent moins d'un cinquième de celles réalisées en 2002 (23 millions). Globalement, une baisse a été observée entre 2002 et 2009, laissant place à une hausse progressive les années suivantes (figure 1.11). Le même phénomène se retrouve dans les données disponibles concernant la teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy analysés, qui a diminué jusqu'en 2009, avant d'augmenter au cours des trois dernières années étudiées.

La MDMA en poudre et sous forme « crystal » semble être plus répandue, et de la poudre très pure est disponible dans plusieurs pays d'Europe

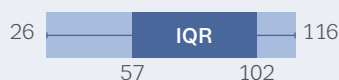
ECSTASY

4 millions de comprimés saisis

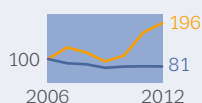
7 millions de comprimés saisis (UE + 2)

11 200 saisies

16 000 saisies (UE + 2)



Pureté (en mg de MDMA par comprimé)



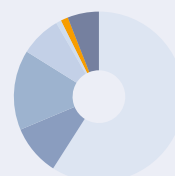
Indices de pureté et de prix



Prix (EUR/comprimé)

3 000 déclarations d'infractions liées à l'offre de méthamphétamine

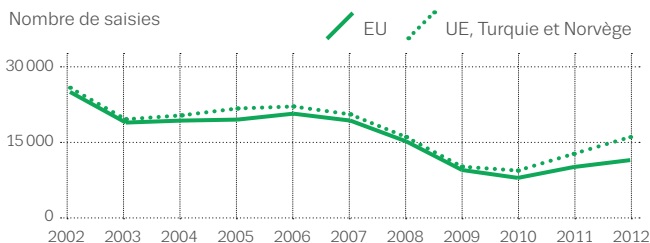
1% des infractions déclarées sont liées à l'offre



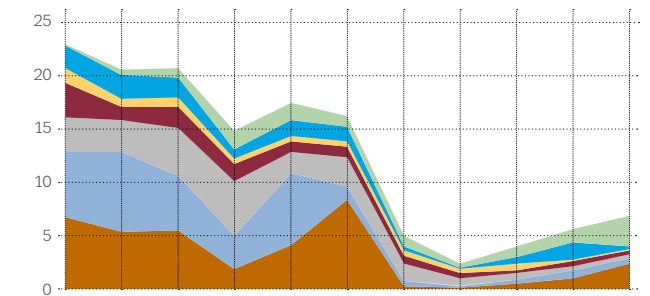
UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté de l'ecstasy : valeurs nationales moyennes - minimum, maximum et intervalle interquartile (IQR). Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.11

Nombre de saisies d'ecstasy et de comprimés entre 2002 et 2012



Comprimés (millions)

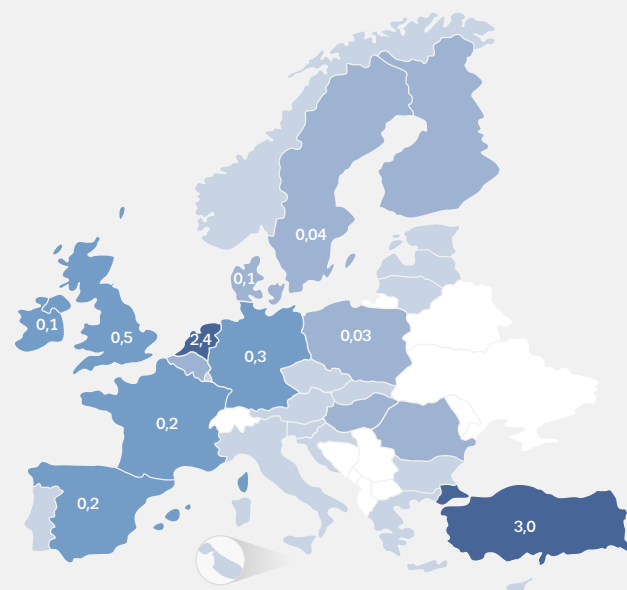


■ Pays-Bas ■ Royaume-Uni ■ Autres pays
■ Allemagne ■ Espagne ■ France ■ Turquie

Les tendances observées en matière d'offre d'ecstasy peuvent en partie être attribuées au renforcement des contrôles et à la saisie ciblée de pipéronyle-méthyl-cétone (PMK), le principal précurseur chimique utilisé pour la fabrication de la MDMA. Les producteurs d'ecstasy se seraient adaptés au renforcement des contrôles exercés sur les précurseurs en utilisant des « pré-précurseurs » ou des « précurseurs masqués », c'est-à-dire des matières premières qui peuvent être importées en toute légalité car non réglementées, puis transformées en précurseurs chimiques nécessaires à la production de la MDMA.

FIGURE 1.12

Quantités d'ecstasy saisie en 2012



Comprimés (millions) ■ <0,010 ■ 0,011-0,10 ■ 0,11-1,0 ■ >1,0
 NB : quantités saisies (en millions de comprimés) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Les cathinones, nouvelle catégorie de stimulants en Europe

Ces dernières années, plus de 50 dérivés de la cathinone ont été identifiés en Europe. L'exemple le plus connu est la méphédrone, qui s'est imposée sur le marché des stimulants dans certains pays. Une autre cathinone, le MDPV (3,4-méthylènedioxypropylalérone), se vend comme euphorisant légal surtout sous forme de poudre et de comprimés sur le marché européen, mais aussi directement sur le marché illicite. Plus de 5 500 saisies de poudre de MDPV, pour un total de plus de 200 kilogrammes, ont été déclarées par 29 pays entre 2008 et 2013.

Identification de nouvelles drogues de plus en plus diversifiées

L'analyse du marché de la drogue est compliquée par l'émergence de nouvelles drogues, substances psychoactives chimiques ou naturelles non réglementées par le droit international et souvent produites dans le but d'imiter les effets des drogues réglementées. Dans certains cas, ces nouvelles drogues sont produites en Europe dans des laboratoires clandestins, puis vendues directement au marché noir. D'autres substances chimiques sont importées par des fournisseurs, souvent établis en Chine ou en Inde, puis emballées dans des

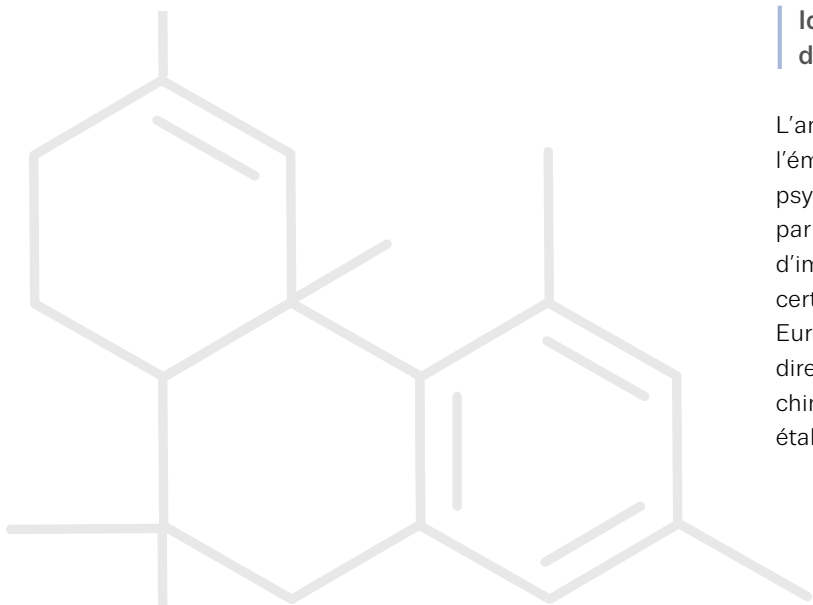
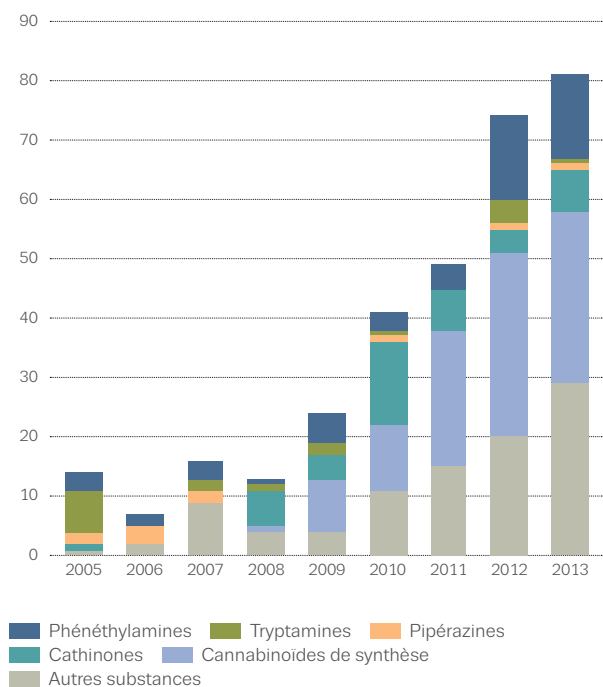


FIGURE 1.13

Nombre et principaux groupes de nouvelles substances psychoactives signalées via le système d'alerte précoce de l'UE (EWS) entre 2005 et 2013



packagings attrayants et commercialisées en tant que *legal highs* ou « euphorisants légaux » en Europe. L'appellation « euphorisants légaux » est mal appropriée car ces substances peuvent être réglementées dans certains États membres ou vendues pour la consommation et enfreindre la réglementation sur la sécurité sanitaire ou sur la commercialisation. Dans le but d'échapper aux contrôles, ces produits portent souvent des étiquettes trompeuses, telles que « research chemicals » (produits chimiques destinés à la recherche) ou « engrais », assorties de clauses de non-responsabilité indiquant qu'ils sont impropres à la consommation humaine.

En 2013, les États membres de l'UE ont signalé 81 nouvelles substances psychoactives grâce au système d'alerte précoce de l'UE (figure 1.13). Parmi ces substances, vingt-neuf étaient des cannabinoïdes synthétiques et une trentaine de composés n'ont pu être classés dans une famille de produits déjà décrite chimiquement (y compris plantes ou médicaments). Par ailleurs, 13 nouvelles phénéthylamines substituées ont été déclarées, ainsi que sept cathinones de synthèse, une tryptamine et une pipérazine.

Évaluation des risques liés aux nouvelles drogues

L'Union européenne a réalisé des évaluations des risques liés à la 4-méthylamphétamine (en 2012) et à la 5-(2-aminopropyl) indole (en 2013) pour donner suite aux effets nocifs rapportés, notamment une vingtaine de décès survenus en peu de temps en lien avec chacune de ces substances. Les deux produits ont été soumis à des mesures de contrôle dans toute l'Europe. De nouvelles évaluations des risques portant sur quatre nouvelles substances psychoactives (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, méthoxétamine) ont été effectuées en avril 2014.

La 25I-NBOMe est une phénéthylamine substituée et un puissant agoniste du récepteur 5-HT_{2A} de la sérotonine, qui aurait des effets hallucinogènes, présente sur le marché européen depuis au moins mai 2012. De graves intoxications liées à sa consommation ont été signalées dans quatre États membres, avec un cas de décès où cette substance a été détectée.

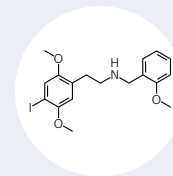
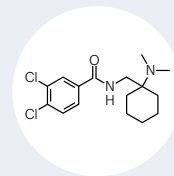
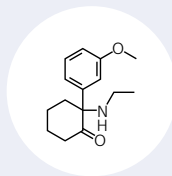
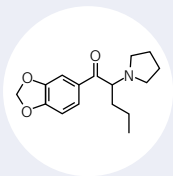
Le AH-7921 est un opiacé de synthèse qui circule dans l'Union européenne depuis au moins juillet 2012. La plupart des saisies concernent de petites quantités de poudre. La substance aurait occasionné six intoxications non mortelles et quinze décès en Suède, au Royaume-Uni et en Norvège.

Le MDPV est un dérivé synthétique du cathinone très proche de la pyrovalérone. Il est présent sur le marché européen depuis au moins novembre 2008 et a été associé à non moins de 107 intoxications non mortelles et 99 décès, la plupart en Finlande et au Royaume-Uni. Selon certaines indications, il aurait été vendu comme une version « légale » ou synthétique de la cocaïne et analysé dans des comprimés présentés comme de l'ecstasy.

La méthoxétamine est un arylcyclohexylamine voisin de la kétamine, en circulation sur le marché de l'UE depuis au moins septembre 2010. Des saisies de plusieurs kilos de cette substance sous forme de poudre ont été réalisées. Une vingtaine de décès et 110 intoxications non mortelles lui ont été imputées.

De nouvelles substances psychoactives peuvent apparaître sur le marché sous l'appellation d'une substance réglementée ou en guise d'alternatives à celle-ci. Par exemple, la 4-méthylamphétamine s'est vendue directement sur le marché illicite en tant qu'amphétamine, la méthoxétamine est commercialisée légalement en remplacement de la kétamine, à l'instar du 25I-NBOMe pour le LSD.

QUATRE SUBSTANCES FONT L'OBJET D'UNE ÉVALUATION DES RISQUES EN 2014



| MDPV | Méthoxétamine | AH-7921 | 25I-NBOMe | Substance |
|------------|----------------------|---------|-----------------|--|
| Cathinones | Arylcyclohexylamines | Opiacés | Phénéthylamines | Famille pharmacologique |
| 2008 | 2010 | 2012 | 2012 | Année de la première notification via l'EWS |
| 99 | 20 | 15 | 1 | Nombre de décès associés à la substance |
| 107 | 110 | 6 | 15 | Nombre d'intoxications non mortelles |
| 29 | 24 | 8 | 24 | Nombre de pays où la substance a été détectée (UE, Turquie et Norvège) |
| 22 | 9 | 1 | 6 | Nombre de pays où la substance est soumise à des mesures de contrôle dans le cadre de la législation relative au contrôle des drogues (UE, Turquie et Norvège) |

Internet : un marché en plein essor

Internet exerce une influence grandissante sur les modalités de vente des drogues et pose des problèmes bien particuliers pour ce qui est de mettre un frein à l'offre de substances classiques et nouvelles. La possibilité pour les fabricants, les fournisseurs, les détaillants, les hébergeurs de sites web et de traitement des paiements d'être basés dans différents pays rendent la situation particulièrement difficile à contrôler. À cela s'ajoute encore le recours croissant à des réseaux anonymes -dits *darknets*- pour écouler les drogues auprès des dealers et des consommateurs. La technologie permettant d'accéder à de tels sites est progressivement intégrée dans les logiciels des particuliers et ces marchés peuvent donc toucher de plus en plus de personnes. En outre, il semble que la vente libre de *legal highs* sur Internet ait favorisé un accroissement de leur disponibilité pour les distributeurs et les consommateurs. En 2013, l'EMCDDA a recensé 651 sites proposant des *legal highs* aux Européens.

Davantage de médicaments détectés

Un nombre croissant de nouvelles drogues détectées sur le marché sont légalement utilisées comme médicaments. Elles sont vendues tantôt en tant que médicaments, tantôt en tant que produits illicites (tels que l'héroïne) dans le circuit clandestin, ou encore comme « euphorisants légaux »,

comme « produits chimiques destinés à la recherche » ou même comme compléments alimentaires. Parmi les exemples récents de substances que les consommateurs d'opiacés s'injecteraient figurent la prégabaline (utilisée pour le traitement de la douleur neuropathique, de l'épilepsie et des troubles anxieux généralisés), la tropicamide (utilisée lors d'examen oculaires pour dilater la pupille) et le carfentanil (opiacé servant de tranquillisant pour les gros animaux).

D'autres médicaments ont récemment été signalés auprès de l'EWS : le phenazepam, une benzodiazépine vendue légalement en tant que telle, ainsi que comme « produit chimique destiné à la recherche » et comme substance réglementée sous l'appellation diazepam ; et le phenibut, un anxiolytique utilisé en Russie contre la dépendance à l'alcool, vendu en ligne en tant que complément alimentaire. Ces médicaments peuvent être disponibles de différentes manières : produits sous licence détournés du marché réglementé ou de produits non autorisés en provenance de pays extérieurs à l'UE. Par ailleurs, les substances entrant dans leur composition peuvent être importées en vrac depuis des pays tels que la Chine, puis transformées et conditionnées en Europe et vendues directement sur le marché illicite, sur le marché des « euphorisants légaux » ou sur des sites de commerce électronique.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk Assessments.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk Assessments.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

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

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk Assessments.

Réagir aux nouvelles substances psychoactives, Objectif drogues.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines, Risk Assessments.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines, Risk Assessments.

Publications de l'EMCDDA et d'Europol

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypropylvalerone).

2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Toutes ces publications sont disponibles sur : www.emcdda.europa.eu/publications

2

Près d'un quart de la population adulte dans l'Union européenne, soit plus de 80 millions de personnes, auraient consommé une drogue illicite à un moment de leur vie

La consommation de drogue et les problèmes associés

L'expression « consommation de drogue » renvoie à des modes d'usage très variés, allant de l'expérimentation ponctuelle à l'usage habituel et à la dépendance. Ces différents schémas sont associés à différents niveaux de risque. Dans l'ensemble, les risques auxquels le consommateur est exposé dépendent de facteurs comme les circonstances dans lesquelles la drogue est consommée, la dose absorbée, le mode d'administration, la polyconsommation d'autres substances, le nombre et la longueur des épisodes de consommation et la vulnérabilité individuelle.

Surveillance de la consommation de drogue et des problèmes associés

Les cinq indicateurs épidémiologiques clés de l'EMCDDA permettent une approche commune en matière de surveillance de la consommation de drogue en Europe. Ce sont des ensembles de données relatives aux enquêtes sur la consommation, aux estimations concernant l'usage problématique de drogue, aux décès liés à la drogue, aux maladies infectieuses et aux admissions en traitement. Leur recoupement constitue une importante ressource pour l'analyse des tendances et des évolutions effectuée par l'EMCDDA. Des informations techniques et statistiques sur ces indicateurs peuvent être consultées en ligne dans la rubrique « *Key indicators* » et dans l'espace web « *European Drug Report : Data and statistics* ».

Plus de 80 millions d'Européens ont déjà consommé une drogue illicite

Près d'un quart de la population adulte dans l'Union européenne, soit plus de 80 millions de personnes, auraient consommé une drogue illicite à un moment de leur vie. La plupart auraient consommé du cannabis (73,6 millions), les estimations étant plus faibles pour la consommation de cocaïne (14,1 millions), d'amphétamines (11,4 millions) et d'ecstasy (10,6 millions) au cours de la vie. Les niveaux d'expérimentation de drogues au cours de la vie varient considérablement d'un pays à l'autre, allant d'environ un tiers des adultes au Danemark, en France et au Royaume-Uni jusqu'à moins

d'un adulte sur 10 en Bulgarie, en Grèce, en Hongrie, en Roumanie et en Turquie.

Consommation de drogue chez les adolescents scolarisés

La surveillance de la consommation chez les adolescents scolarisés offre un bon aperçu des actuels comportements à risque de certains jeunes et laisse présager des futures évolutions possibles. En Europe, l'enquête ESPAD est une source précieuse permettant de suivre au fil du temps les tendances de la consommation de drogue chez les élèves de 15 et 16 ans. D'après les données les plus récentes (2011), un jeune de 15 à 16 ans sur quatre aurait déjà consommé une drogue illicite, mais le niveau de prévalence varie considérablement selon le pays. Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée au sein de ce groupe : environ 24 % des jeunes ont déclaré en avoir pris au cours de leur vie, 20 % au cours de l'année et 12 % au cours du mois précédant l'enquête. Par rapport aux filles, les garçons étaient 1,5 fois plus nombreux à indiquer en avoir consommé dans le mois.

Un grande partie des élèves ayant déclaré avoir déjà consommé du cannabis ne l'ont fait qu'une fois ou deux. Pour une minorité cependant, la consommation est plus intensive et environ 2 % ont dit avoir touché à cette drogue plus de 10 fois au cours du mois précédant l'enquête.

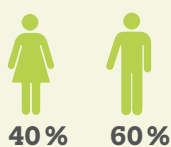
La prévalence de la consommation de drogues illicites autres que le cannabis est bien plus faible, quoique dans quelques pays l'usage d'ecstasy et d'amphétamines occupe une place plus importante. Globalement, à peu près 7 % des adolescents scolarisés répondent avoir consommé plus d'une drogue illicite au cours de leur vie. L'enquête ESPAD rend également compte de la consommation d'alcool et de tabac. Ces deux produits sont davantage consommés par les jeunes scolarisés et les consommateurs de cannabis sont également plus enclins à les consommer régulièrement. Dans le mois qui a précédé l'enquête, 19 % des adolescents interrogés ont déclaré avoir fumé une ou plusieurs cigarettes par jour et 4 % plus de 10 par jour. Près des deux tiers des élèves ont dit avoir bu de l'alcool au moins une fois dans le mois et 20 % en auraient fait excès au moins une fois dans la même période.

Cannabis : des tendances contrastées selon les pays

Le cannabis est généralement fumé et, en Europe, fréquemment mélangé à du tabac. Les schémas de consommation du cannabis varient de l'expérimentation ou consommation occasionnelle à la consommation régulière et à la dépendance. Les problèmes liés au cannabis sont étroitement liés à une consommation fréquente et à la prise de quantités élevées.

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PAR LES ADOLESCENTS SCOLARISÉS DE 15 ET 16 ANS (ESPAD, 2011)

Consommateurs de cannabis au cours du dernier mois par sexe



Fréquence de la consommation de cannabis au cours du dernier mois (%)

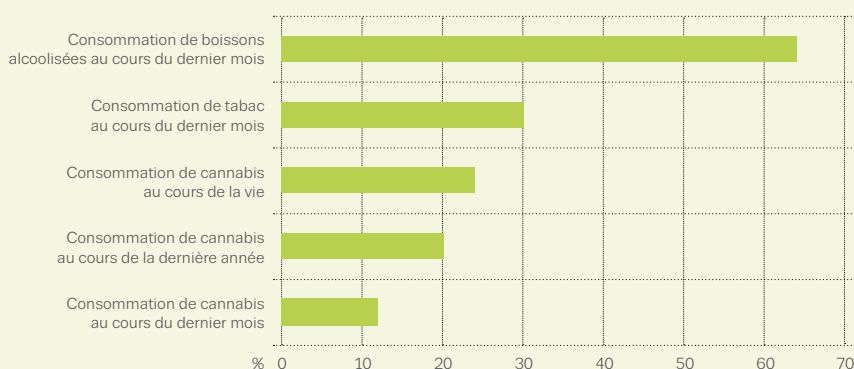
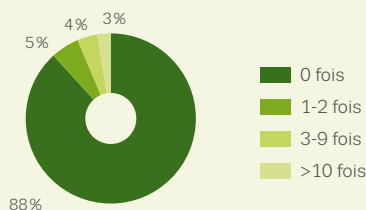
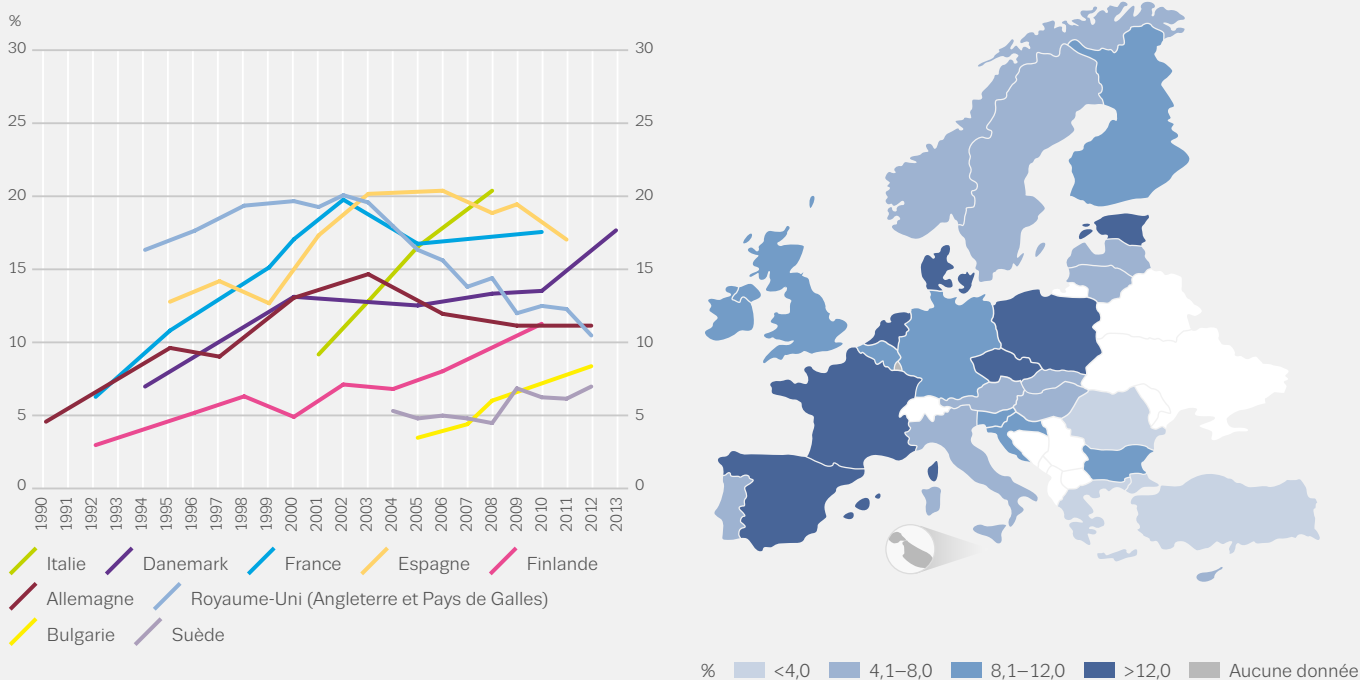


FIGURE 2.1

Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans) : pays affichant des tendances significatives sur le plan statistique (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



Le cannabis est la drogue illicite la plus susceptible d'être consommée par toutes les tranches d'âge. On estime à 14,6 millions le nombre de jeunes Européens de 15 à 34 ans (11,2 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, dont 8,5 millions de jeunes entre 15 et 24 ans (13,9 %). L'usage de cannabis est généralement plus élevé chez les individus de sexe masculin, cette différence s'accroissant en cas de consommation plus intensive ou régulière. Les tendances de consommation actuelles semblent divergentes, à en juger par le fait que huit pays parmi ceux ayant procédé à de nouvelles enquêtes depuis 2011 ont observé une prévalence en baisse au cours de l'année écoulée, contre cinq ayant signalé une augmentation. Les rares enquêtes nationales portant actuellement sur la consommation d'agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes ont permis de constater des niveaux de prévalence généralement bas.

De plus en plus de pays disposent désormais de données suffisantes pour pouvoir produire une analyse statistique des évolutions à long terme en matière de consommation de cannabis chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans). Au Danemark, en Finlande et en Suède, les tendances concernant l'usage au cours de l'année écoulée étaient à la hausse, mais à des niveaux différents de prévalence (figure 2.1). En revanche, les taux de prévalence en Norvège sont restés relativement stables. L'Allemagne, la France et le Royaume-Uni ont constaté une tendance

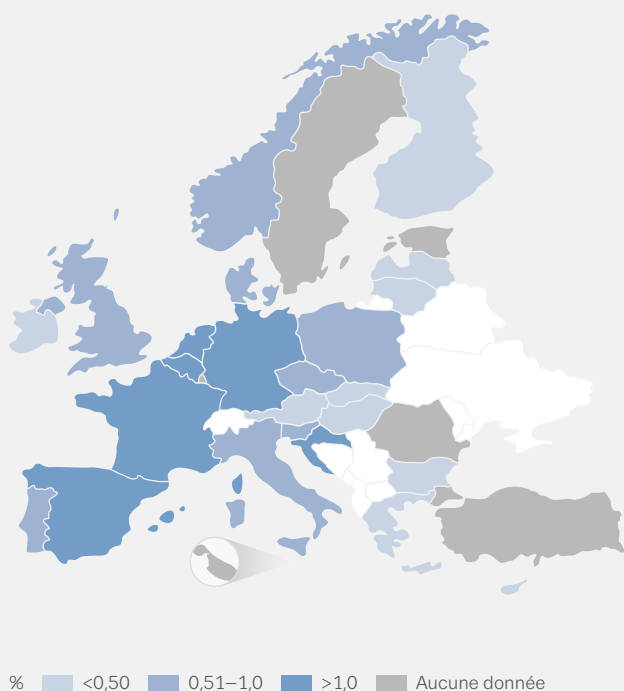
stable ou à la baisse de la consommation au cours des dix dernières années, après avoir antérieurement connu une hausse. L'Espagne a également fait état d'une prévalence plus faible pendant la dernière décennie. Ensemble, ces quatre pays représentent pratiquement la moitié de la population de l'UE. La Bulgarie et l'Italie, aux séries chronologiques plus courtes, ont toutes deux enregistré des augmentations. Dernièrement, l'Italie a néanmoins signalé des niveaux de prévalence plus bas, bien que les enquêtes ne soient pas directement comparables en raison de problèmes méthodologiques.

Usages préoccupants de cannabis

Une minorité de consommateurs de cannabis font un usage intensif de cette drogue. La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis se définit comme une consommation pendant au moins 20 jours au cours du mois précédant l'enquête. Selon ces critères, le nombre d'Européens adultes consommant du cannabis quotidiennement ou presque est estimé à un peu moins de 1 %. Plus des deux tiers des consommateurs quotidiens ou quasi-quotidiens ont entre 15 et 34 ans et plus des trois quarts dans cette tranche d'âge sont de sexe masculin. Parmi les pays disposant de données, le pourcentage estimé de jeunes adultes (15-34 ans) consommant du cannabis quotidiennement ou quasi-quotidiennement va de 0,1 % en Slovaque à 4,4 % en Espagne (figure 2.2).

FIGURE 2.2

Prévalence de la consommation quotidienne et quasi quotidienne de cannabis chez les jeunes adultes (15-34 ans)



En 2012, le cannabis était la drogue la plus souvent citée par les nouveaux patients comme principale raison d'entamer un traitement. Le nombre total de patients entamant un premier traitement est passé de 45 000 en 2006 à 61 000 en 2011, avant de se stabiliser à 59 000 en

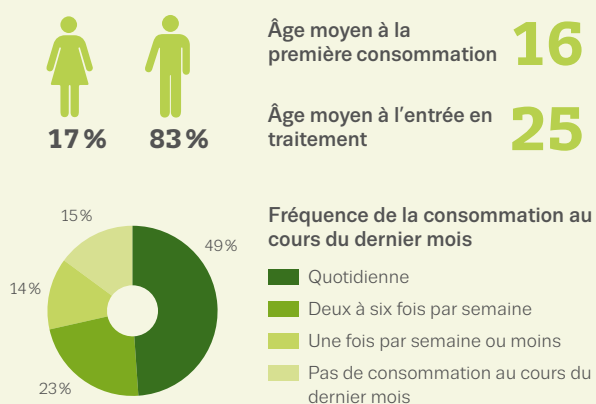
2012. Le cannabis était la deuxième substance la plus souvent citée par l'ensemble des patients entamant un traitement en 2012 (110 000 cas). Des variations notables sont toutefois observées entre les pays, 2 % des patients admis en traitement ont cité leur consommation de cannabis comme celle leur posant le plus de problèmes en Bulgarie, contre 66 % en Hongrie. Cette hétérogénéité pourrait s'expliquer par des différences nationales au niveau des pratiques d'orientation, de la législation, du type de services de prise en charge disponibles et des niveaux de prévalence du cannabis.

Cas d'urgence aiguë associés aux produits à base de cannabis et de cannabinoïdes synthétiques

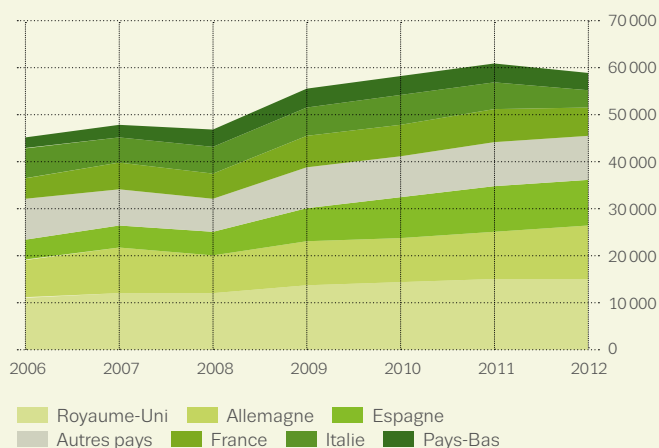
Bien que rares, des situations d'urgence aiguë peuvent survenir suite à la consommation de cannabis, en particulier avec de fortes quantités ou du cannabis fortement dosé en THC. Dans les pays aux niveaux de prévalence plus élevés, les urgences liées au cannabis semblent être un problème d'ampleur croissante. La République tchèque, le Danemark et l'Espagne ont ainsi enregistré une augmentation du nombre de cas. La plupart des situations d'urgence imputables au cannabis concernent des jeunes de sexe masculin et vont souvent de pair avec une intoxication à l'alcool. Les symptômes comprennent l'anxiété, la psychose ou autre trouble psychiatrique et dans la majorité des cas, aucune hospitalisation n'est nécessaire. L'émergence des

CONSOMMATEURS DE CANNABIS ENTRANT EN TRAITEMENT

Caractéristiques



Tendances parmi les consommateurs entrant en traitement pour la première fois



NB : les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs entrant en traitement et citant le cannabis comme drogue principale (leur posant le plus de problèmes). Les tendances concernent les consommateurs entrant en traitement pour la première fois et citant le cannabis comme drogue principale. Les pays couverts varient en fonction de l'indicateur.

cannabinoïdes synthétiques constitue une autre évolution inquiétante. Ces substances peuvent être extrêmement puissantes mais se distinguent du cannabis sur le plan chimique et peuvent donc avoir des conséquences différentes et potentiellement plus graves pour la santé. Les connaissances actuelles quant aux implications de leur consommation pour la santé sont encore limitées, mais les graves effets néfastes observés en lien avec leur utilisation sont de plus en plus préoccupants.

Variations géographiques dans les modes de consommation de stimulants

La cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy sont les stimulants illicites les plus fréquemment utilisés en Europe, bien que certaines substances moins connues, notamment les pipérazines (par exemple la BZP) et les cathinones de synthèse (par exemple la méphédronne et le MDPV), soient également parfois consommées pour leurs effets stimulants. La consommation élevée de stimulants a tendance à être associée à certains lieux liés à la danse, à la musique et à la vie nocturne, où ces drogues sont souvent consommées en association avec de l'alcool.

FIGURE 2.3

Drogue stimulante prédominante par prévalence au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans)

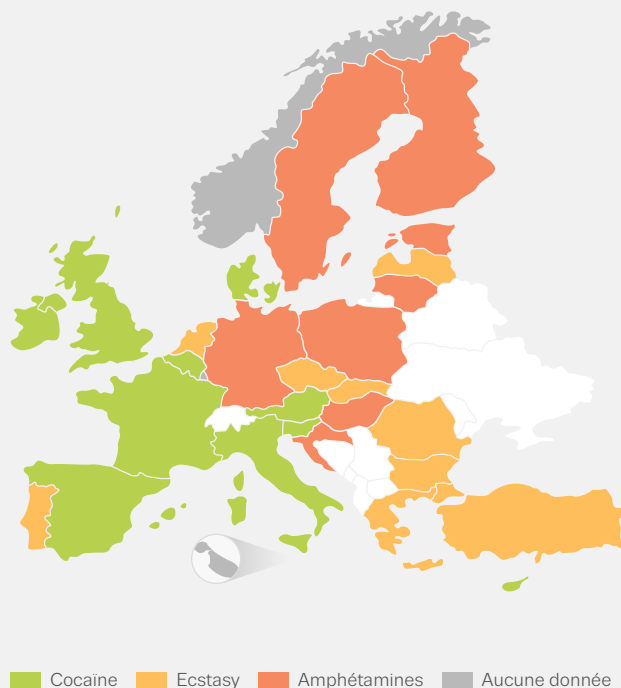
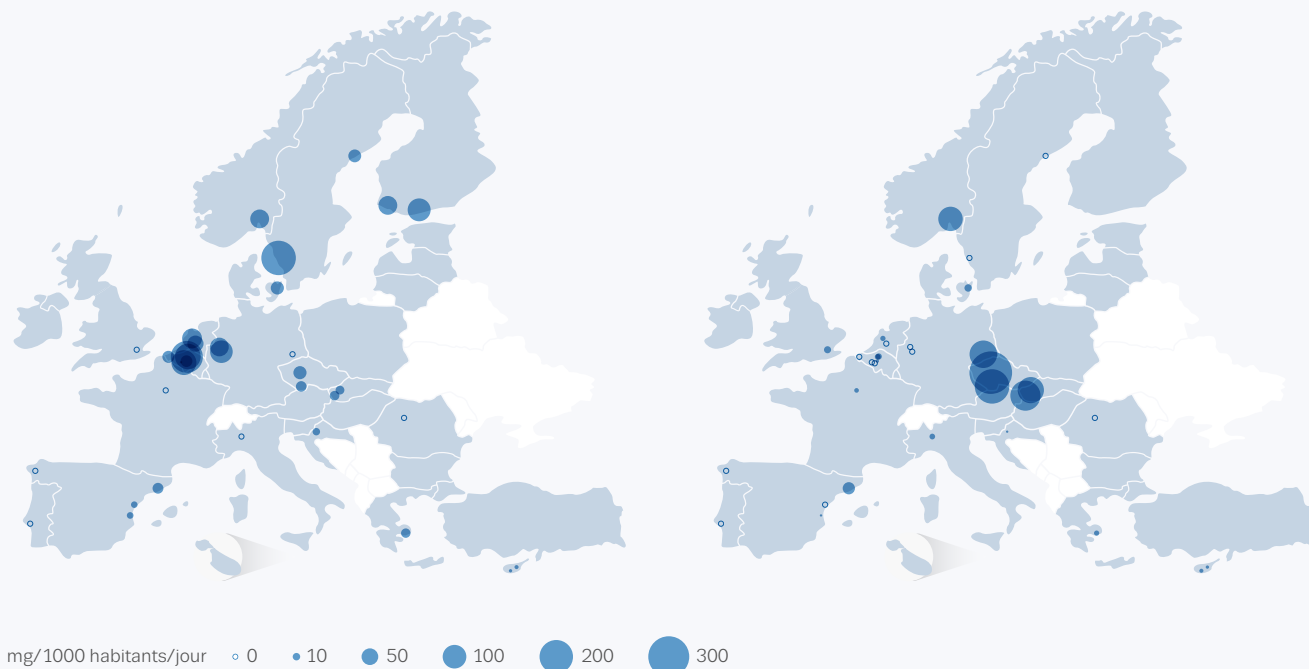


FIGURE 2.4

Amphétamines dans les eaux usées d'une sélection de villes européennes

Amphétamine

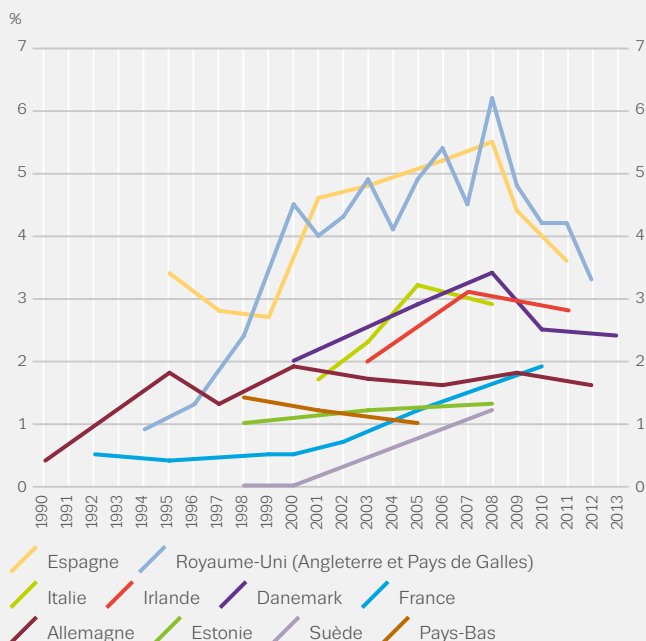
Méthamphétamine



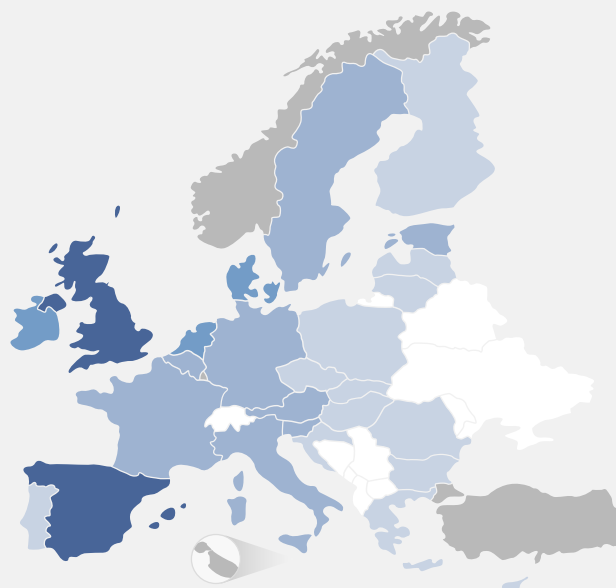
NB : quantités quotidiennes moyennes d'amphétamines en milligrammes par 1 000 habitants, à partir d'échantillons prélevés sur une période d'une semaine en 2013. Source : Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURE 2.5

Prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans): tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



NB : tendances dans les dix pays ayant enregistré la plus forte prévalence et ayant mené au moins trois enquêtes



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

Les données d'enquête illustrent les divergences géographiques des modes de consommation des stimulants en Europe. La prévalence de la cocaïne est plus marquée dans le sud et l'ouest de l'Europe, celle des amphétamines est supérieure dans les pays du centre et du nord et celle de l'ecstasy (bien qu'à des niveaux faibles) dans les pays du sud et de l'est (figure 2.3). Les données de l'analyse des eaux usées réalisée dans le cadre d'une étude européenne portant sur plusieurs villes font apparaître des différences similaires dans les schémas de consommation régionaux. Des concentrations en amphétamine relativement élevées ont été décelées dans les échantillons d'eaux usées prélevés dans certaines villes du nord et du nord-ouest de l'Europe, tandis que les taux de méthamphétamine les plus hauts étaient enregistrés dans des villes situées en République tchèque et en Slovaquie (figure 2.4).

Cocaïne : une prévalence qui continue à diminuer

La poudre de cocaïne est essentiellement sniffée, mais peut également être parfois injectée. Quant au crack, il est généralement fumé. Parmi les consommateurs réguliers, une distinction générale peut être établie entre les consommateurs socialement intégrés, qui consomment parfois cette drogue dans un contexte récréatif, et les consommateurs plus marginalisés, qui consomment la

cocaïne, souvent en combinaison avec des opiacés, dans un contexte d'usage chronique et problématique. La consommation régulière de cocaïne a été associée à des problèmes cardiovasculaires, neurologiques et mentaux, ainsi qu'à un risque élevé d'accident et de dépendance. L'injection de cocaïne et la consommation de crack sont associées aux risques les plus graves pour la santé, notamment la transmission de maladies infectieuses.

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment utilisée en Europe, bien que la majorité de ses consommateurs résident dans un nombre restreint de pays. On estime à environ 2,2 millions le nombre de jeunes adultes de 15 à 34 ans (1,7 % de cette tranche d'âge) ayant consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois.

En termes d'évolutions à plus long terme, le Danemark, l'Espagne et le Royaume-Uni, pays qui font état de taux de prévalence relativement élevés d'usage de cocaïne, ont rapporté une diminution après le pic atteint en 2008 (figure 2.5). La plupart des autres pays affichent une tendance stable ou à la baisse.

Les données les plus récentes confirment d'ailleurs ce recul de la consommation de cocaïne : onze pays sur les douze ayant réalisé des enquêtes entre 2011 et 2013 ont constaté une prévalence en baisse.

Le recul se poursuit pour les demandes de traitement en lien avec la cocaïne

Seuls quatre pays disposent d'estimations relativement récentes de la consommation intensive ou problématique de cocaïne et ces estimations sont difficiles à comparer car les définitions utilisées diffèrent. En 2012, parmi la population adulte, l'Allemagne évaluait la « dépendance à la cocaïne » à 0,20 % et l'Italie estimait ses « usagers de cocaïne ayant besoin d'un traitement » à 0,26 %. En 2011, l'Espagne estimait sa « consommation de cocaïne à haut risque » à 0,4 %. Pour 2010/2011, le Royaume-Uni a estimé à 0,49 % la consommation de crack parmi la population adulte de l'Angleterre, bien qu'il s'agisse pour la plupart également de consommateurs d'opiacés.

La cocaïne est la drogue posant le plus de problèmes pour 14 % des patients ayant entamé un traitement spécialisé en 2012 (55 000) et pour 18 % de ceux ayant débuté un traitement de ce type pour la première fois (26 000). Il existe des écarts entre les pays et environ 90 % de tous les patients en traitement pour dépendance à la cocaïne sont comptabilisés par cinq pays seulement (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni). À eux cinq, ces pays totalisent un peu plus de la moitié de la population de l'UE. Le nombre de patients admis en traitement lié à la cocaïne pour la première fois de leur vie a diminué ces dernières années, passant d'un pic de

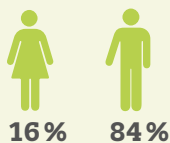
38 000 en 2008 à 26 000 en 2012. Cette baisse s'explique en grande partie par la faiblesse des chiffres communiqués par l'Italie. En 2012, en Europe, seul un petit nombre de patients (2 300) admis en traitement pour la première fois ont évoqué leur consommation de crack comme celle leur posant le plus de problèmes ; les deux tiers étaient comptabilisés au Royaume-Uni et le reste pour l'essentiel en Espagne et aux Pays-Bas.

La cocaïne est par ailleurs en cause dans des cas d'admissions pour de courts séjours en hôpital et de décès. Cette drogue peut en outre être un facteur de mortalité liée à des problèmes cardiovasculaires. Malgré des données limitées en la matière, 19 pays ont signalé un total de plus de 500 décès liés à la cocaïne en 2012.

19 pays ont signalé un total de plus de 500 décès liés à la cocaïne en 2012

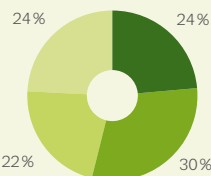
CONSUMMATEURS DE COCAÏNE ENTRANT EN TRAITEMENT

Caractéristiques



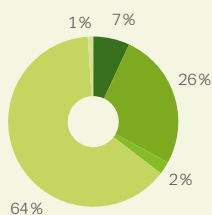
Âge moyen à la première consommation **22**

Âge moyen à l'entrée en traitement **34**



Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

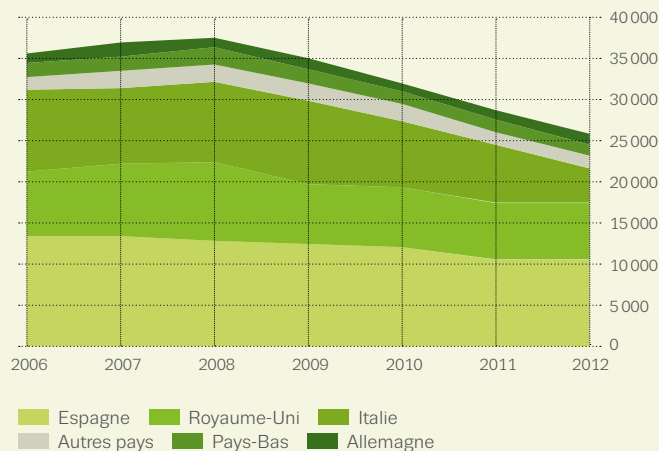
- Quotidienne
- Deux à six fois par semaine
- Une fois par semaine ou moins
- Pas de consommation au cours du dernier mois



Mode d'administration

- Injection
- voie fumée/inhalation
- Ingestion/boisson
- Sniff
- Autre

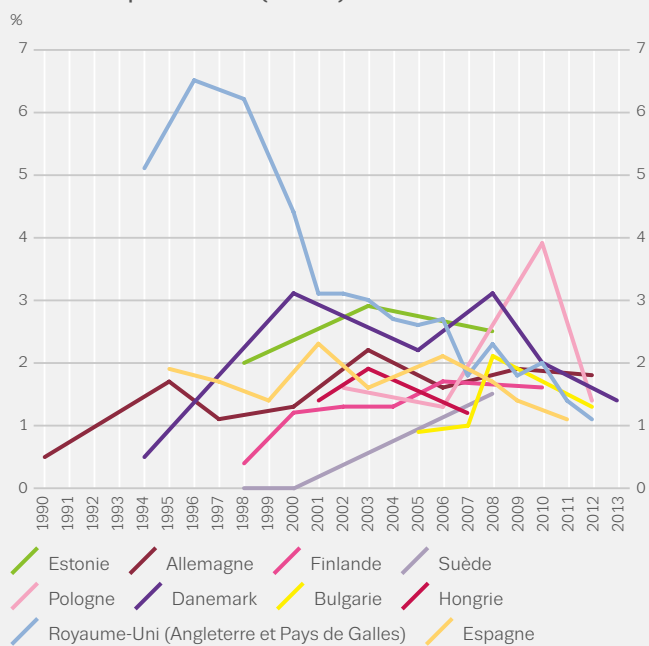
Tendances parmi les consommateurs entrant en traitement pour la première fois



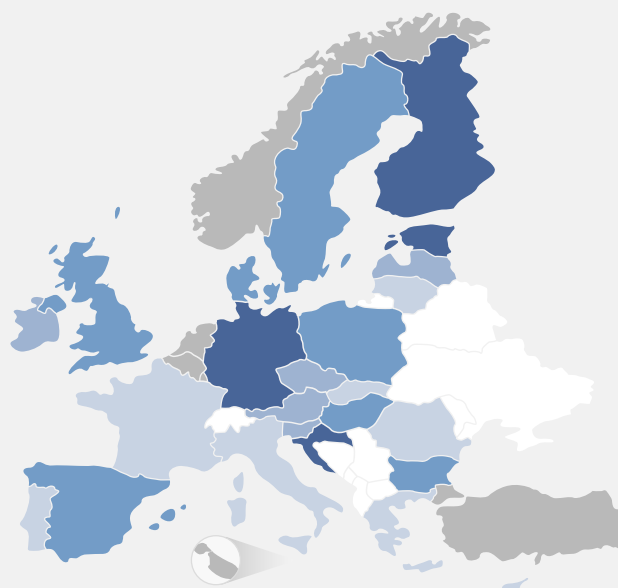
NB : les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs entrant en traitement et citant la cocaïne/le crack comme drogue leur posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les consommateurs entrant en traitement pour la première fois et citant la cocaïne/le crack comme drogue principale. Les pays couverts varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 2.6

Prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans) : tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



NB : tendances dans les dix pays ayant enregistré la plus forte prévalence et ayant mené au moins trois enquêtes.



% ■ <0,5 ■ 0,51-1,0 ■ 1,1-1,5 ■ >1,5 ■ Aucune donnée

Amphétamines : recul de la consommation mais persistance des risques pour la santé

L'amphétamine et la méthamphétamine sont deux stimulants apparentés consommés en Europe, bien que l'amphétamine soit de loin la plus disponible. Même si la situation évolue, la consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la République tchèque et, depuis plus récemment, à la Slovaquie.

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

Les effets indésirables pour la santé liés à l'usage d'amphétamines sont notamment des problèmes cardiovasculaires, pulmonaires et neurologiques, ainsi que des troubles mentaux. De plus, comme pour les autres drogues, l'injection est un facteur de risque de transmission de maladies infectieuses. De même qu'avec les autres stimulants, les décès liés aux amphétamines sont parfois difficiles à identifier, mais quelques cas sont signalés chaque année, en général dans les pays affichant un niveau de prévalence élevé.

D'après les estimations, 1,2 million (soit 0,9 %) de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois. Entre 2007 et 2012, l'estimation annuelle de la prévalence chez les jeunes adultes est restée relativement faible et stable dans la plupart des pays européens, avec un taux de 2,5 % ou moins dans tous les pays déclarants. Parmi les 12 pays ayant réalisé des études depuis 2011, 11 ont fait état de niveaux de prévalence de la consommation d'amphétamines en baisse (figure 2.6).

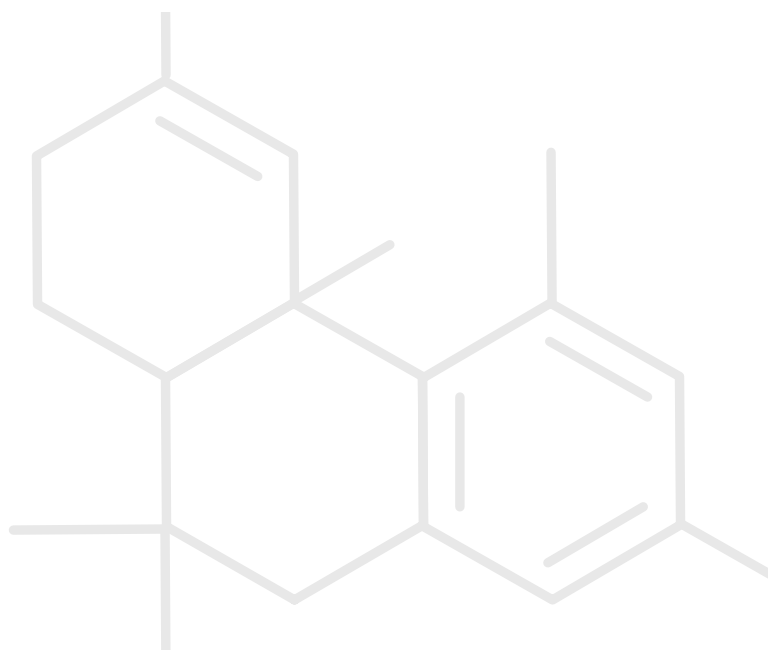


La consommation d'amphétamines : un phénomène à plusieurs facettes

La République tchèque et la Slovaquie connaissent toutes deux des consommations de méthamphétamine enracinées depuis plus longtemps, les estimations les plus récentes d'un usage problématique chez les adultes (de 15 à 64 ans) étant d'environ 0,42 % en République tchèque (2012) et de 0,21 % en Slovaquie (2007). Dernièrement, des signes d'un usage problématique de la méthamphétamine ont également été notés chez les usagers problématiques de drogue de certaines régions d'Allemagne, de Grèce, de Chypre, de Lettonie et de Turquie. Cela est corroboré par des données inquiétantes des pays d'Europe méridionale concernant la méthamphétamine sous forme « crystal » fumée par certains sous-groupes de consommateurs d'opiacés par injection. D'autre part, dans certaines grandes villes européennes, une nouvelle tendance à la consommation par injection a été observée chez de petits groupes d'hommes ayant des relations homosexuelles.

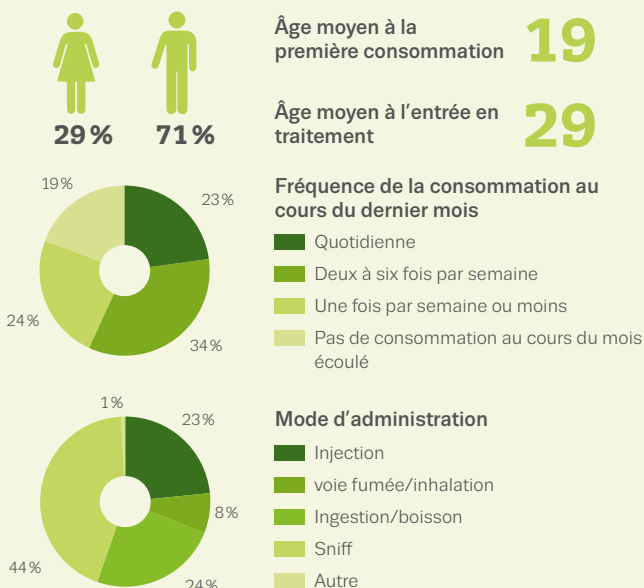
Environ 6 % des patients entamant un traitement spécialisé en Europe en 2012 déclarent que les amphétamines sont la substance leur posant le plus de problèmes (soit quelque 25 000 patients, dont 10 000 étaient admis en traitement pour la première fois de leur vie). Ces usagers d'amphétamines représentent une

proportion considérable des patients admis en traitement pour la première fois seulement en Allemagne, en Lettonie et en Pologne. Quant à la méthamphétamine, elle est citée comme substance posant le plus de problèmes par une grande proportion de patients admis en traitement pour la première fois en République tchèque et en Slovaquie. Le récent accroissement du nombre d'usagers d'amphétamines entrant en traitement pour la première fois est dû en premier lieu à la situation en Allemagne, mais aussi à la hausse du nombre de consommateurs de méthamphétamine pris en charge pour la première fois en République tchèque et en Slovaquie.

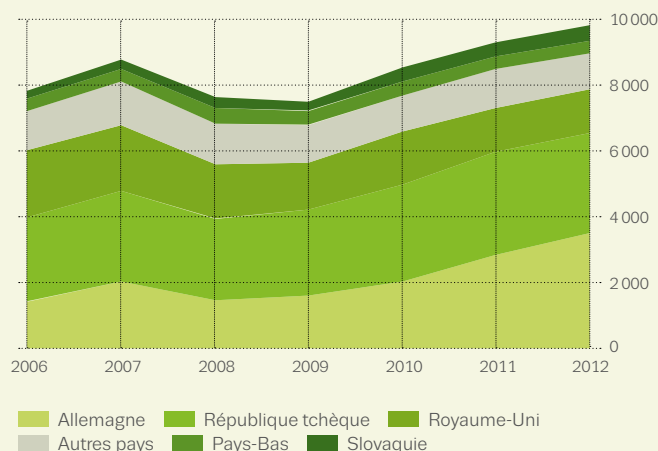


CONSOMMATEURS D'AMPHÉTAMINES ENTRANT EN TRAITEMENT

Caractéristiques



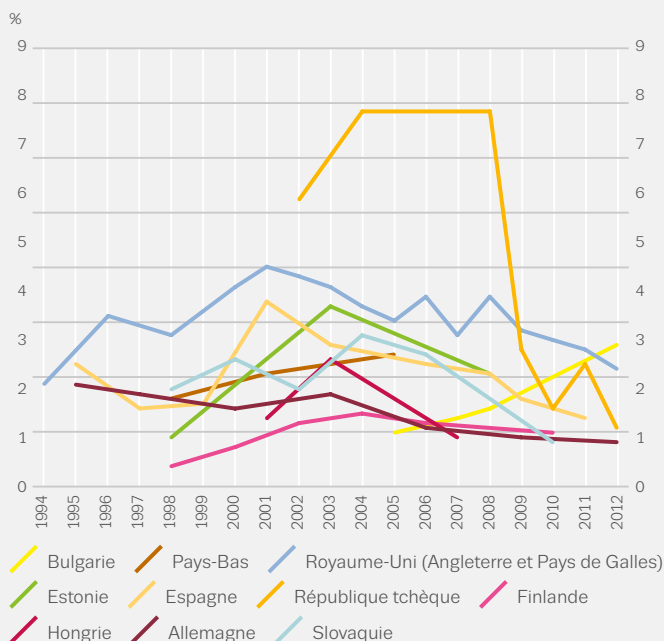
Tendances parmi les consommateurs entrant en traitement pour la première fois



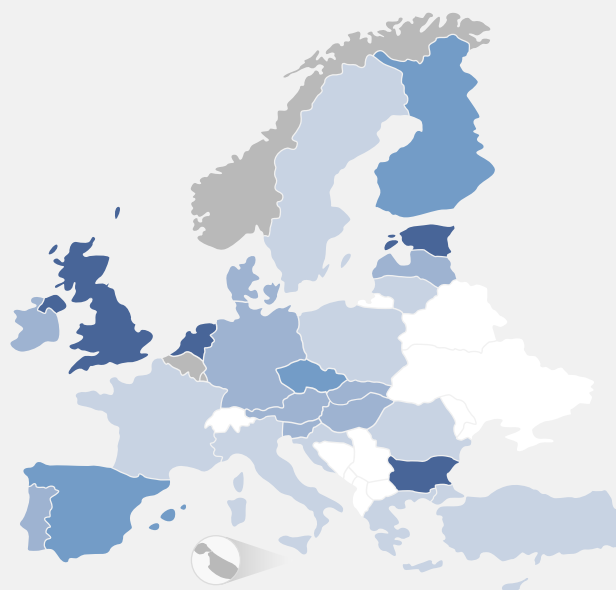
NB : les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs entrant en traitement et citant les amphétamines comme drogue leur posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les consommateurs entrant en traitement pour la première fois et citant les amphétamines comme drogue principale. Les pays couverts varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 2.7

Prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans) : tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



NB : tendances dans les dix pays ayant enregistré la plus forte prévalence et ayant mené au moins trois enquêtes.



% <0,5 0,51-1,0 1,1-2,0 >2,0 Aucune donnée

Consommation d'ecstasy : tendances faibles et stables au sein de la population générale

L'ecstasy désigne habituellement la substance de synthèse MDMA. Cette drogue est souvent consommée sous forme de comprimés, mais est également disponible sous une forme « crystal » ou en poudre ; elle est généralement ingérée ou sniffée. Historiquement, l'ecstasy est liée au milieu de la « dance » des musiques électroniques. Elle est principalement consommée par de jeunes adultes, surtout de sexe masculin. Les problèmes associés à la consommation de cette drogue comprennent l'hyperthermie aiguë et des troubles de santé mentale. On signale des décès liés à l'ecstasy, mais ils sont rares.

On estime à 1,3 million le nombre de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) ayant consommé de l'ecstasy au cours des 12 derniers mois (1,0 % de cette tranche d'âge), les estimations nationales s'échelonnant de moins de 0,1 % à 3,1 %. En Europe, la consommation de cette drogue a atteint un pic entre le début et le milieu des années 2000, avant d'accuser un recul (figure 2.7). Entre 2007 et 2012, la plupart des pays ont fait état de tendances à la stabilisation ou à la baisse pour la consommation d'ecstasy. À l'exception de la Bulgarie, qui affiche une prévalence à la hausse depuis 2005, ce recul demeure

manifeste pour les 12 pays ayant réalisé des enquêtes depuis 2011. En 2012, peu de consommateurs sont entrés en traitement pour des problèmes liés à l'ecstasy : l'ecstasy a été citée comme substance posant le plus de problèmes par moins de 1 % (environ 550 patients) des personnes admises en traitement pour la première fois en Europe.

Entre 2007 et 2012, la plupart des pays ont fait état de tendances à la stabilisation ou à la baisse pour la consommation d'ecstasy

Cathinones de synthèse : préoccupations autour de l'injection

Les cathinones de synthèse, telles que la méphédronne et le MPDV, se sont imposées sur le marché des stimulants illicites dans certains pays. Les quelques informations disponibles laissent à penser que leurs niveaux de prévalence restent faibles. Seul le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles) dispose d'enquêtes récurrentes sur ces substances. Dans la plus récente (2012/2013), la consommation de méphédronne au cours de l'année écoulée chez les adultes de 16 à 59 ans a été estimée à 0,5 %, contre 1,1 % en 2011/2012 et 1,4 % en 2010/2011. Les résultats d'une étude non représentative sur les habitués des boîtes de nuit au Royaume-Uni montrent également une diminution de la consommation de méphédronne au cours des douze derniers mois (de 19,5 % en 2011 à 13,8 % en 2012).

L'injection de cathinones, parmi lesquelles la méphédronne, le MDPV et la pentédronne, reste une source d'inquiétude. Des cas ont été signalés au sein de populations diverses, notamment chez les consommateurs d'opiacés par injection, les patients en traitement, les détenus et de petits cercles d'homosexuels masculins. Une hausse des demandes de traitement pour usage problématique de cathinones synthétiques a été observée en Hongrie, en Roumanie et au Royaume-Uni. En Roumanie, une plus grande proportion (37 %) de personnes admises en traitement pour la première fois ont cité une nouvelle substance psychoactive, comme leur posant le plus de problèmes contre 21 % pour l'héroïne. On estime au Royaume-Uni que 1 900 consommateurs de méphédronne, dont plus de la moitié âgés de moins de 18 ans, ont entamé un traitement en 2011/2012.

Un faible niveau de consommation d'hallucinogènes, de GHB et de kétamine

Un éventail de substances psychoactives ayant des propriétés hallucinogènes, anesthésiantes et sédatives sont disponibles sur le marché des substances illicites en Europe ; elles peuvent être utilisées seules, en combinaison avec d'autres substances ou à la place d'autres drogues plus courantes. La prévalence globale de la consommation de champignons hallucinogènes et de LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) en Europe est généralement faible et stable depuis plusieurs années. Les enquêtes nationales rapportent, pour les jeunes adultes (de 15 à 34 ans), des estimations de prévalence au cours des douze derniers mois de 0 à 0,8 % pour l'usage de champignons hallucinogènes et de 0 à 0,7 % pour le LSD.

Depuis le milieu des années 1990, la consommation récréative de kétamine et de gamma-hydroxybutyrate (GHB) a été observée parmi des sous-groupes d'utilisateurs de drogues en Europe. Les problèmes de santé liés à ces substances, comme par exemple le lien entre lésions de la vessie et consommation chronique de kétamine, sont mieux identifiés. Les pertes de conscience, le syndrome de sevrage et la dépendance sont des risques associés à l'usage de GHB et quelques demandes de traitement ont été signalées en Belgique et aux Pays-Bas.

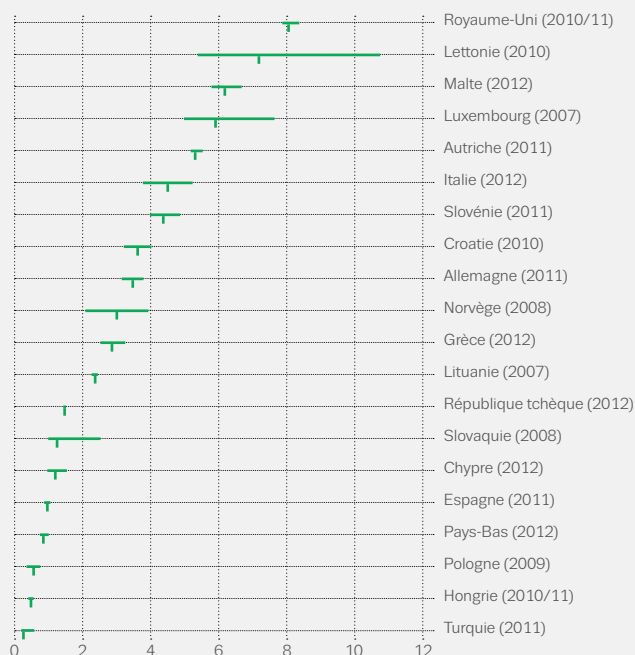
Quand elles existent, les estimations nationales de prévalence de l'usage de GHB et de kétamine au sein des populations adultes et scolaires restent limitées. Le Danemark indique une prévalence de la consommation de kétamine au cours des douze derniers mois de 0,3 % des jeunes adultes (de 15 à 34 ans), tandis qu'au Royaume-Uni, 0,8 % des jeunes de 16 à 24 ans ont déclaré avoir consommé de la kétamine en cours d'année, soit un recul par rapport au pic de 2,1 % en 2010. Des enquêtes ciblées menées dans des lieux de vie nocturne font généralement état de niveaux plus élevés de prévalence. Parmi les répondants britanniques à une enquête déclarative de 2013 via Internet, 31 % des habitués des boîtes de nuit ont déclaré avoir consommé de la kétamine au cours des douze derniers mois et 2 % du GHB au cours de cette même période.



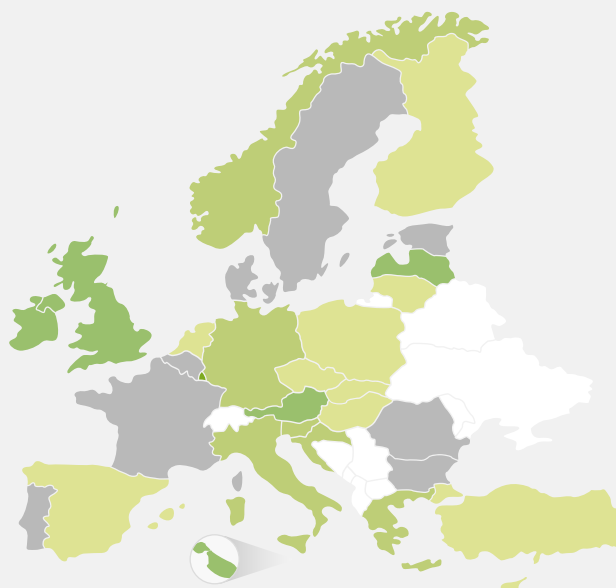
FIGURE 2.8

Estimations nationales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés au cours de la dernière année

Nombre de cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans



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



Taux pour 1 000 <2,50 2,51-5,0 >5,0 Aucune donnée

NB : les données pour la Finlande et l'Irlande concernent respectivement les années 2005 et 2006.

Opiacés : 1,3 million d'utilisateurs problématiques

La consommation illicite d'opiacés reste à l'origine d'une part relative disproportionnée de la mortalité et de la morbidité liées à l'usage de drogue en Europe. L'héroïne, qui peut être fumée, sniffée ou injectée est le principal opiacé consommé en Europe. D'autres opiacés de synthèse, comme la buprénorphine haut dosage (BHD), la méthadone et le fentanyl, sont également disponibles sur le marché illicite. La consommation d'opiacés tend à être supérieure au sein de groupes marginalisés fréquentant les zones urbaines.

L'Europe a connu plusieurs vagues d'addictions à l'héroïne, la première ayant touché de nombreux pays d'Europe occidentale à partir du milieu des années 1970 et la deuxième ayant affecté l'Europe centrale et orientale entre le milieu et la fin des années 1990. Malgré des variations dans les tendances au cours de la dernière décennie, globalement, les entrées dans l'usage d'héroïne semblent aujourd'hui reculer.

La prévalence moyenne annuelle de l'usage problématique d'opiacés chez les adultes (de 15 à 64 ans) est estimée à environ 0,4 %, soit l'équivalent de 1,3 million d'utilisateurs problématiques d'opiacés en Europe en 2012. Au niveau national, les estimations de prévalence de l'usage problématique d'opiacés varient entre moins d'un cas et

environ huit cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (figure 2.8).

Héroïne : le recul des demandes de traitement se poursuit

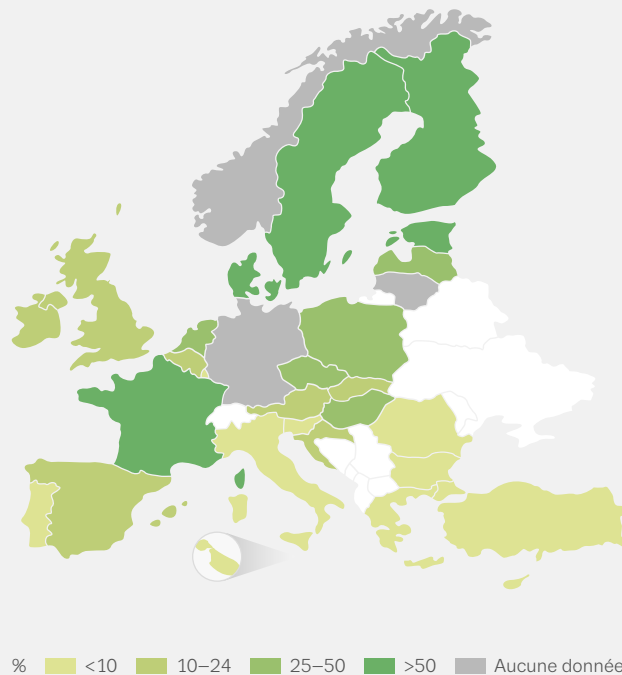
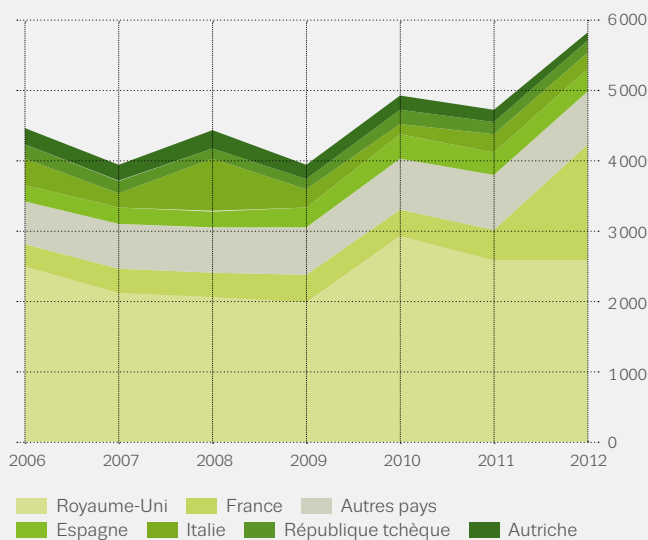
Les usagers consommant principalement des opiacés (et notamment de l'héroïne) représentent 46 % des usagers entrés en traitement spécialisé en 2012 en Europe (180 000 patients) et environ 26 % de ceux entrés en traitement pour la première fois de leur vie. Le nombre global de nouveaux patients héroïnomanes recule en Europe, et a été pratiquement réduit de moitié depuis le pic de 59 000 cas en 2007 pour s'établir à 31 000 cas en 2012. Dans l'ensemble, les entrées dans l'usage d'héroïne ont donc diminué, une évolution visible également au niveau des demandes de traitement.

Autres opiacés que l'héroïne : l'inquiétude grandit

En 2012, dans la plupart des pays européens (17), plus de 10 % des patients consommateurs d'opiacés entrant en traitement spécialisé pour la première fois faisaient un usage détourné d'opiacés autres que l'héroïne (figure 2.9). Il s'agissait notamment de la méthadone, de la buprénorphine haut dosage et du fentanyl. Dans certains

FIGURE 2.9

Patients entrant en traitement pour la première fois pour une dépendance à un opiacé autre que l'héroïne : tendances en nombre (à gauche) et en pourcentage du total des patients entrant en traitement pour la première fois en citant un opiacé comme produit leur posant le plus de problèmes (à droite)

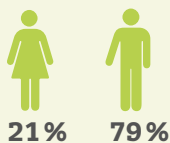


pays, la prise de ces substances constitue maintenant la forme la plus courante d'usage d'opiacés : en Estonie, la majorité des patients entrant en traitement pour une dépendance aux opiacés s'consommaient du fentanyl

illicite, tandis qu'en Finlande la plupart des patients consommateurs d'opiacés sont des consommateurs de buprénorphine haut dosage.

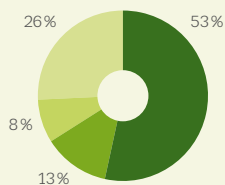
CONSOMMATEURS D'HÉROÏNE ENTRANT EN TRAITEMENT

Caractéristiques



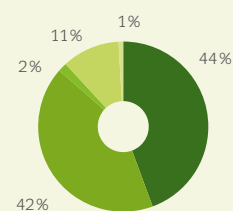
Âge moyen à la première consommation **22**

Âge moyen à l'entrée en traitement **36**



Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

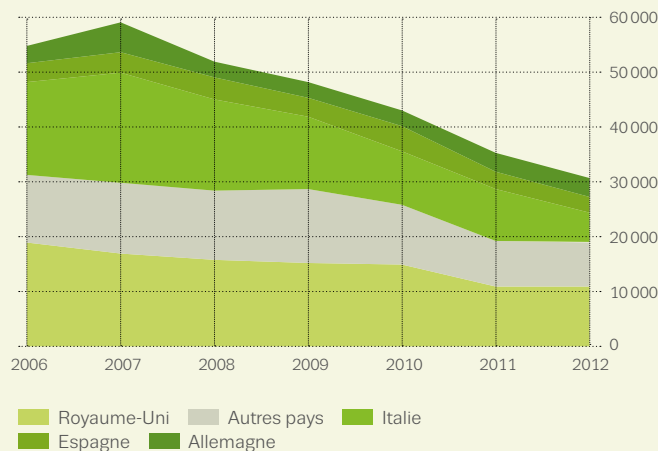
- Quotidienne
- Deux à six fois par semaine
- Une fois par semaine ou moins
- Pas de consommation au cours du dernier mois



Mode d'administration

- Injection
- voie fumée/inhalation
- Ingestion/boisson
- Sniff
- Autre

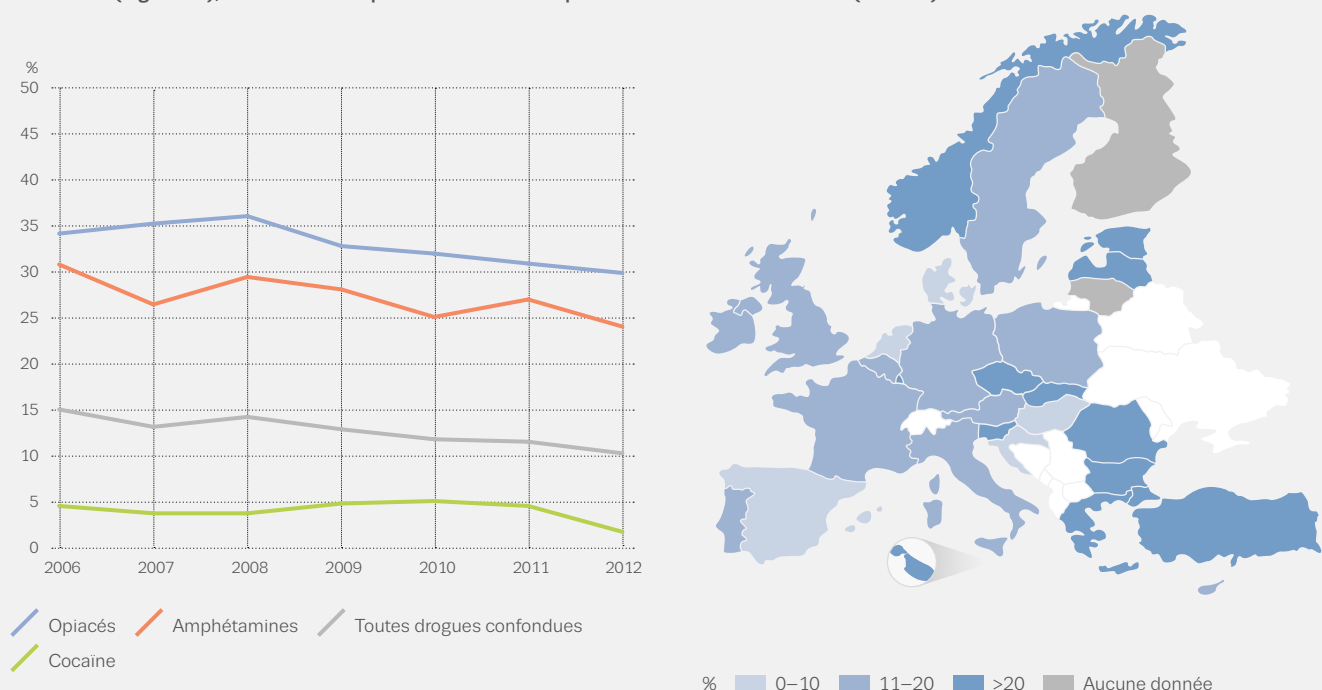
Tendances parmi les consommateurs entrant en traitement pour la première fois



NB : les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs entrant en traitement et citant l'héroïne comme drogue leur posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les consommateurs entrant en traitement pour la première fois et citant l'héroïne comme drogue principale. Les pays couverts varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 2.10

Prévalence des injections au cours du dernier mois chez les patients entrant en traitement : tendances chez les nouveaux patients entrant en traitement (à gauche), taux nationaux pour l'ensemble des patients entrant en traitement (à droite)



Consommation de drogue par voie intraveineuse : diminution à long terme

Les usagers de drogue par voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés aux problèmes de santé liés à leur consommation de drogue, comme par exemple les infections transmises par le sang ou les décès par surdose. L'injection est couramment associée à la consommation d'opiacés, bien que dans quelques pays, l'injection d'amphétamines constitue un problème majeur. Douze pays disposent d'estimations de la prévalence de la consommation de drogue par injection, estimations qui oscillent entre moins d'un cas à environ six cas pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans. Parmi les patients admis en traitement spécialisé, 38 % d'usagers d'opiacés et 23 % d'usagers d'amphétamines ont déclaré s'injecter leur drogue. Les niveaux d'injection parmi les patients consommateurs d'opiacés varient selon les pays, de moins de 6 % aux Pays-Bas à 100 % en Lituanie.

L'analyse de l'évolution chez les patients admis en traitement pour la première fois en Europe indique une perte de terrain de l'injection comme principale voie d'administration depuis 2006 (figure 2.10). Le pourcentage de nouveaux patients déclarant s'être injecté des amphétamines, de la cocaïne ou des opiacés au cours du mois écoulé a lui aussi chuté au cours de la même période.

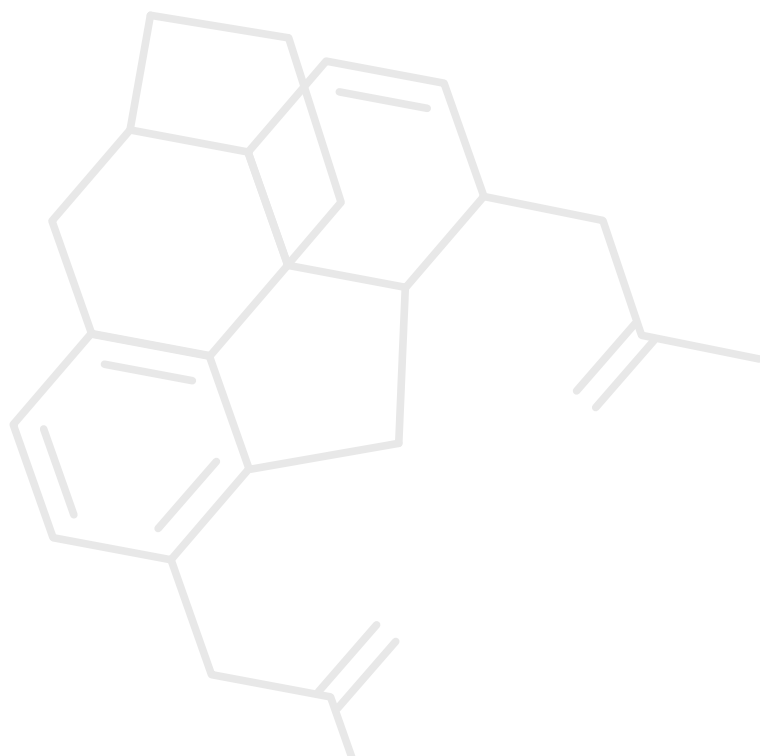
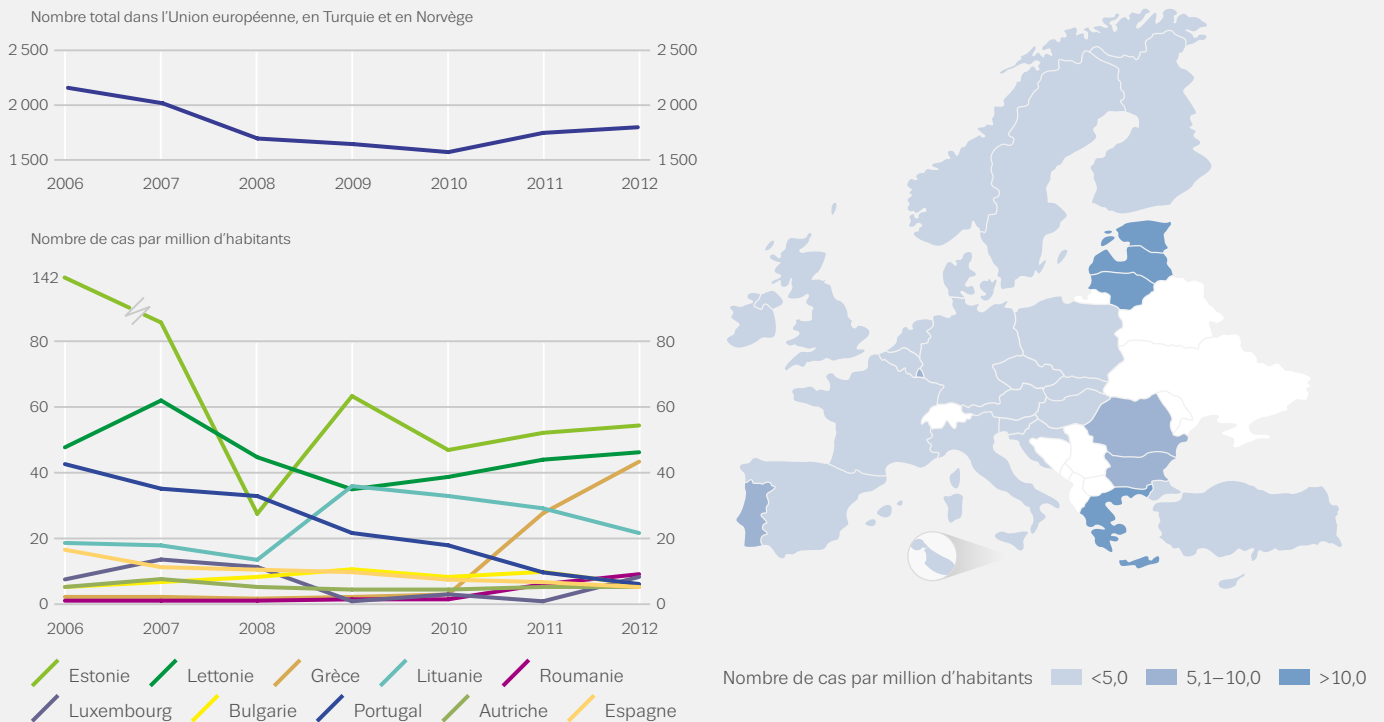


FIGURE 2.11

Nouveaux cas d'infections au VIH diagnostiqués liés à l'usage de drogue par injection : tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



NB : nouveaux cas d'infections au VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogue pratiquant l'injection dans 10 pays ayant déclaré les taux les plus élevés en 2012 (source : ECDC)

VIH : incidence des épidémies sur la tendance générale dans l'UE

L'injection de drogue continue de jouer un rôle essentiel dans la transmission de maladies infectieuses véhiculées par le sang, telles que l'hépatite C et, dans certains pays, le VIH/SIDA. Les chiffres les plus récents montrent que le recul à long terme du nombre de nouveaux cas de VIH déclarés en Europe pourrait s'interrompre en raison des épidémies apparues parmi les usagers de drogues par injection en Grèce et en Roumanie (figure 2.11). En 2012, le taux moyen de nouveaux cas de VIH diagnostiqués et attribués à l'usage de drogues par injection était de 3,09 cas par million de personnes. Même si ces chiffres sont sujets à révision, 1 788 nouveaux cas ont été déclarés en 2012, soit une légère augmentation par rapport à 2011 (1 732), dans le prolongement de la hausse observée depuis 2010.

Alors qu'en 2010, la Grèce et la Roumanie dénombrèrent à peine plus de 2 % des nouveaux cas de VIH diagnostiqués, ce chiffre a atteint 37 % en 2012. Dans d'autres pays, comme l'Espagne et le Portugal, qui ont préalablement connu des taux élevés d'infection au cours de certaines périodes, le pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués continue à chuter. La situation est en revanche plus

préoccupante en Estonie, où les nouvelles infections diagnostiquées demeurent nombreuses et en Lettonie où les taux annuels ne cessent d'augmenter depuis 2009.

Parmi les cas de décès d'usagers de drogue, la mortalité liée au VIH est la cause indirecte la mieux documentée. Selon les estimations les plus récentes, environ 1 700 personnes seraient décédées d'une contamination par le VIH/sida imputable à la consommation de drogue par injection en Europe en 2010, une tendance en baisse. Les troubles hépatiques seraient également à l'origine d'un nombre considérable et croissant de décès chez les usagers de drogue par injection, surtout en raison d'une infection au VHC, ces troubles étant souvent aggravés par une forte consommation d'alcool.

Parmi les cas de décès d'usagers de drogue, la mortalité liée au VIH est la cause indirecte la mieux documentée

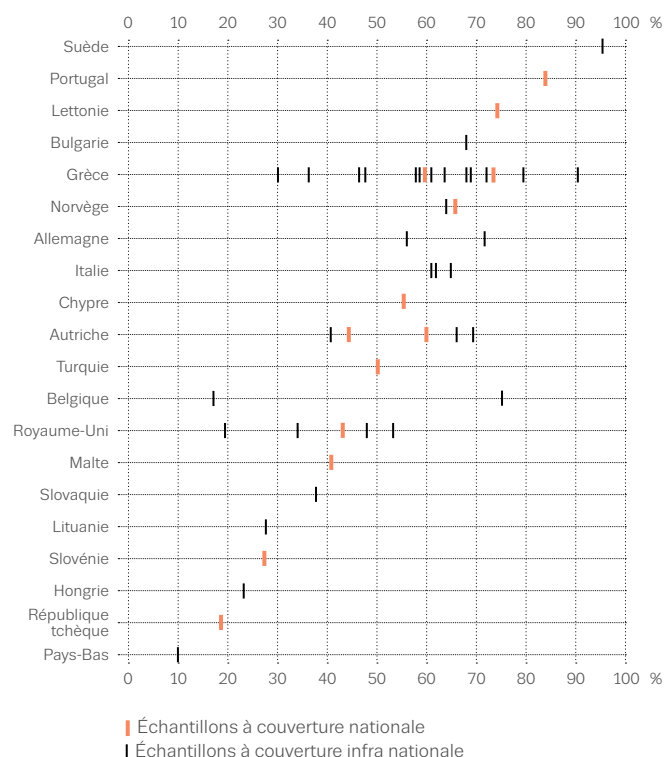
Hépatite et autres infections : un problème de santé majeur

L'hépatite virale, et plus particulièrement l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), est extrêmement répandue chez les usagers de drogue par injection en Europe. Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux de consommateurs de drogue par injection en 2011-2012 oscillaient entre 19 et 84 %, sept pays sur les onze ayant des données nationales faisant état d'une prévalence supérieure à 50 % (figure 2.12). Parmi les pays disposant de données relatives aux tendances nationales pour la période 2007-2012, un recul de la prévalence du VHC chez les usagers de drogue par injection a été déclaré en Norvège, tandis que sept autres pays ont observé une augmentation.

En moyenne, dans les 18 pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période 2011-2012, la consommation de drogue par injection représente 64 % de tous les cas de VHC diagnostiqués et 50 % des cas aigus de VHC déclarés (lorsqu'une catégorie à risque est mentionnée lors de l'enregistrement). En ce qui concerne l'hépatite B, les usagers de drogue par injection représentent 9 % du total des cas diagnostiqués et 21 % des cas aigus signalés. L'usage de drogue peut constituer

FIGURE 2.12

Prévalence d'anticorps VHC chez les usagers de drogue par injection en 2011/2012



En général, l'âge moyen des personnes décédées d'une surdose est d'environ 35 ans ou plus et cet âge est en augmentation

un facteur de risque de contracter d'autres maladies infectieuses, dont les hépatites A et D, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le tétanos et le botulisme. En outre, des épidémies d'infections à l'anthrax, probablement causées par de l'héroïne contaminée, sont signalées de façon sporadique en Europe. Par exemple, entre juin 2012 et mars 2013, il a été fait état de quinze cas d'anthrax liés à un usage de drogue, dont sept ont eu une issue fatale.

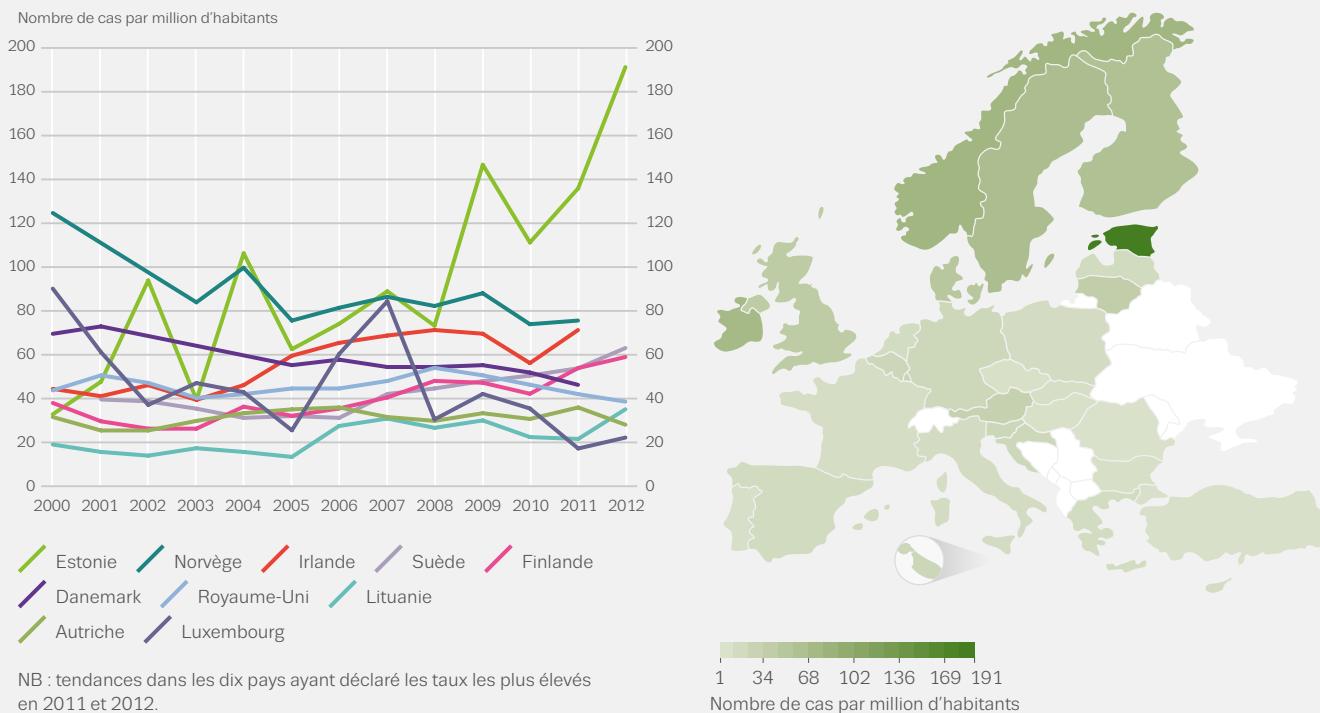
Décès liés à des surdoses : globalement en baisse malgré une augmentation dans quelques pays

La consommation de drogue est l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes Européens. Cette cause est à la fois directe, par surdose (décès liés à l'usage de drogues), et indirecte, par les maladies, les accidents, les accès de violence et les suicides liés à la drogue. La plupart des études de cohorte parmi les usagers problématiques de drogue indiquent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an et l'on estime entre 10 000 et 20 000 le nombre de décès de consommateurs d'opiacés chaque année en Europe. Globalement, les consommateurs d'opiacés ont au moins dix fois plus de risques de mourir que les autres personnes du même âge et du même sexe. Dans certains pays, le risque de décès est jusqu'à trente fois supérieur pour les femmes qui consomment des opiacés par rapport à celles qui n'en consomment pas.

Les surdoses restent la principale cause de décès des usagers problématiques de drogues en Europe. L'héroïne ou ses métabolites sont impliqués dans la majorité des décès liés à l'usage de drogues signalés en Europe, souvent en combinaison avec d'autres substances, comme l'alcool ou les benzodiazépines. Outre l'héroïne, d'autres opiacés sont couramment mentionnés dans les rapports toxicologiques. Il peut s'agir de méthadone, de buprénorphine, de fentanyl ou de tramadol, certains pays rapportant que les substances de ce type sont responsables d'une part importante des surdoses

FIGURE 2.13

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

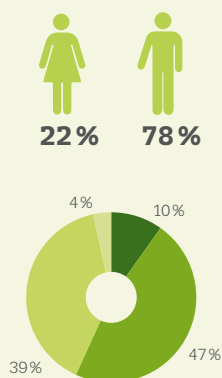


mortelles. Dans deux pays, le nombre de décès liés à la méthadone dépasse celui des décès liés à l'héroïne. Dans la plupart des cas, les victimes de surdoses dues à la méthadone ne suivaient pas de traitement de substitution au moment de leur décès, mais s'étaient procuré cette substance par une voie détournée dans un contexte de polytoxicomanie.

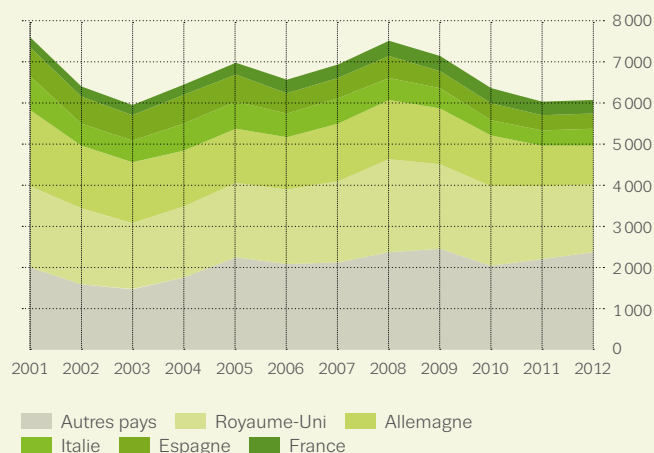
Les décès de personnes très jeunes imputables à la drogue suscitent une grande inquiétude, mais seuls 10 % des surdoses mortelles signalées en Europe surviennent chez les moins de 25 ans. En général, l'âge moyen des personnes décédées d'une surdose est d'environ 35 ans ou plus et cet âge est en augmentation, ce qui indique un vieillissement de la cohorte des usagers problématiques

DÉCÈS LIÉS À LA DROGUE

Caractéristiques



Tendances des décès par overdose



d'opiacés. La plupart des décès par surdose (78 %) surviennent chez des hommes.

En 2012, le taux moyen de mortalité due à des surdoses en Europe est estimé à 17 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux de mortalité varie considérablement selon le pays et dépend de facteurs tels que les modes de consommation, en particulier le recours à l'injection, les caractéristiques des populations toxicomanes et les modalités de signalement. Des taux supérieurs à 40 décès par million d'habitants ont été enregistrés dans six pays, avec en tête la Norvège (76 décès par million) et l'Estonie (191 décès par million) (figure 2.13). En Estonie, les décès par surdose ont fortement augmenté et montrent l'incidence des types de consommation sur les chiffres nationaux : dans ce pays, les surdoses fatales sont principalement dues aux fentanyl, opiacés de synthèse très puissants.

La plupart des pays ont fait état d'une tendance à la hausse concernant les décès par surdose entre 2003 et 2008/2009, moment où les niveaux globaux se sont d'abord stabilisés pour ensuite commencer à diminuer. Dans l'ensemble, quelque 6 100 décès par surdose ont été déclarés en 2012, soit à peu près autant qu'en 2011 en diminution par rapport aux 7 100 cas de 2009. La situation varie toutefois d'un pays à l'autre, certains pays faisant même état d'une augmentation du nombre de cas.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2014

Injection of cathinones, Perspectives on drugs.

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

2013

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

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

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

2012

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

Trendspotter study on fentanyl in Europe, Scientific studies.

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issues.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issues.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issues.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issues.

2008

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

Publications de l'EMCDDA et rapport ESPAD

2012

Résumé du rapport 2011 sur l'enquête ESPAD.

Publications de l'EMCDDA et de l'ECDC

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 sur : www.emcdda.europa.eu/publications

3

Le présent chapitre se penche sur les interventions destinées à prévenir, traiter et réduire les risques liés à la consommation de drogues

Réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue

Le présent chapitre se penche sur les interventions destinées à prévenir, traiter et réduire les risques liés à la consommation de drogues. Il examine si les pays ont adopté des approches communes, dans quelle mesure celles-ci sont étayées par des données scientifiques, et si l'offre de services correspond aux besoins estimés.

Suivi des réponses sanitaires et sociales

Le présent chapitre se fonde sur les évaluations annuelles nationales fournies par les points focaux de l'EMCDDA. Celles-ci sont complétées par des données relatives à la demande de traitement, au traitement de substitution aux opiacés et à la fourniture de seringues. Des évaluations d'experts donnent des informations supplémentaires sur l'offre de services lorsque des données plus officielles ne sont pas disponibles. Ce chapitre est aussi étayé par des analyses de données scientifiques disponibles sur l'efficacité des interventions de santé publique.

Pour de plus amples informations, voir le site web de l'EMCDDA sur *Health and social responses profiles*, l'espace web de *European Drug Report : Data and statistics* et le *Best practice portal*.

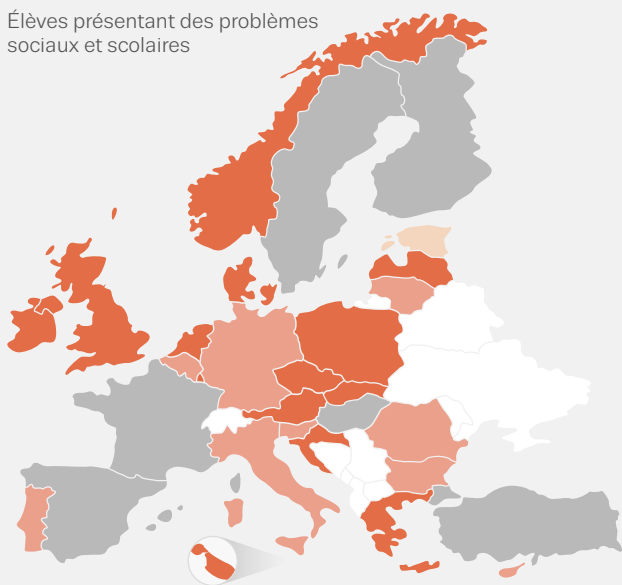
Prévention de l'usage de drogues dans les groupes de jeunes vulnérables

Diverses stratégies de prévention sont utilisées pour lutter contre l'usage de drogues et les problèmes qui en découlent. 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 de toxicomanie, et la prévention indiquée se concentre sur les individus à risque. Le rapport de cette année s'intéresse plus particulièrement à la prévention sélective, une approche dont l'efficacité est de plus en plus reconnue pour les programmes axés sur l'établissement de normes, la restructuration environnementale, la motivation, les

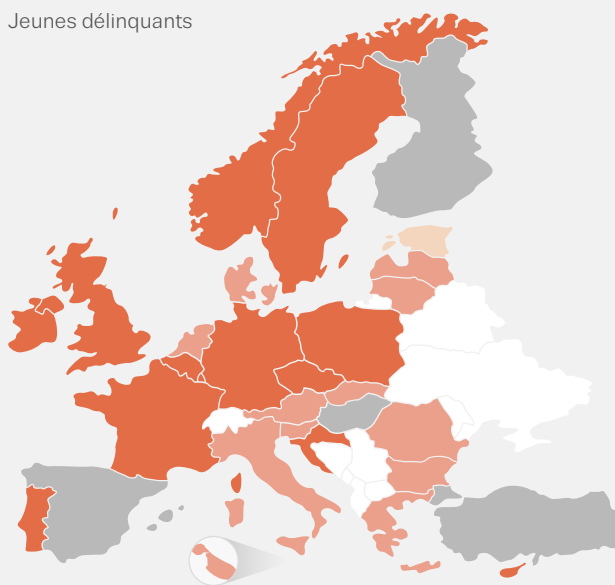
FIGURE 3.1

Disponibilité d'interventions spécifiques de prévention de la toxicomanie pour une sélection de groupes vulnérables (évaluations d'experts, 2012)

Élèves présentant des problèmes sociaux et scolaires



Jeunes délinquants



■ Totale/étendue ■ Limitée/rare ■ Non disponible ■ Aucune donnée

compétences et la prise de décision. De nombreux programmes continuent cependant à se baser sur l'information, la sensibilisation et le conseil, des approches dont l'efficacité est peu avérée.

Deux groupes cibles importants pour les interventions de prévention sélective sont les adolescents scolarisés qui présentent des problèmes scolaires et sociaux et les jeunes délinquants (figure 3.1). Les évaluations d'experts suggèrent une augmentation de l'offre globale pour chacun de ces deux groupes entre 2007 et 2010, bien qu'aucun autre changement n'ait été observé en 2013.

Pour les interventions qui ciblent les élèves, les données suggèrent que les stratégies qui visent à améliorer le climat scolaire peuvent parvenir à des réductions dans l'usage des substances. Les approches dans ce domaine comprennent la formation des enseignants et des mesures en vue d'améliorer la participation des élèves et de favoriser une philosophie scolaire positive. D'autres approches de prévention axées sur les élèves visent à renforcer le contrôle de soi et les compétences sociales, tandis que les approches familiales entendent améliorer les compétences parentales.

Pour les jeunes délinquants, la majorité des pays indiquent à présent l'introduction de mesures alternatives aux sanctions pénales. Un programme notable dans ce domaine est FreD, un ensemble d'interventions basées sur

un manuel, qui a maintenant été mis en œuvre dans 15 États membres de l'UE. Les évaluations de ce programme ont montré une diminution des taux de récidive.

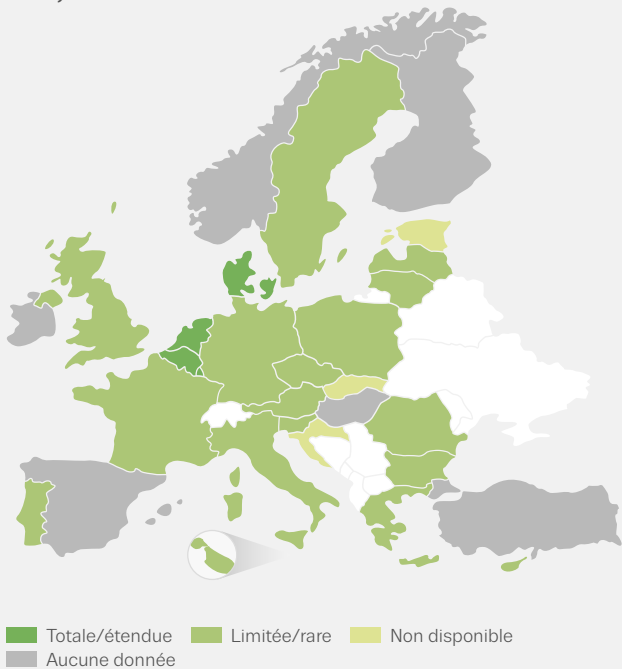
Réduire les risques dans les lieux de vie nocturne : la nécessité d'une approche intégrée

Le lien entre les lieux de vie nocturne et certains modes de consommation de drogues et d'alcool à haut risque est bien connu. Malgré tout, seul un nombre limité de pays européens déclarent mettre en œuvre des stratégies de prévention dans ce domaine (figure 3.2), et les évaluations d'experts suggèrent une diminution globale des activités entre 2010 et 2013.

Au niveau européen, les normes produites par *Club Health* et *Safer Nightlife* offrent des orientations pour la mise en œuvre de programmes de prévention dans les lieux festifs. Dans le domaine de la réduction des risques, des résultats positifs ont été obtenus grâce à des approches de prévention environnementale intégrées visant à modifier le contexte de l'usage des drogues. Celles-ci englobent des composantes telles que l'attitude responsable du personnel, la formation des barmen, serveurs et membres de la sécurité et la coopération avec les services répressifs.

FIGURE 3.2

Disponibilité d'interventions spécifiques de prévention de la toxicomanie dans les lieux de vie nocturne (évaluations d'experts, 2012)



Le risque auquel s'exposent les jeunes qui prennent leur véhicule pour rentrer chez eux après avoir consommé de l'alcool et des drogues illicites dans les lieux de vie nocturne est particulièrement préoccupant. Une récente étude a conclu que les campagnes médiatiques ciblées, accompagnées d'une offre de transports nocturnes gratuits, pouvaient réduire le nombre d'accidents de la route causés par l'alcool au volant. Les interventions qui ciblent les conducteurs sous l'influence de drogues sont cependant peu courantes.

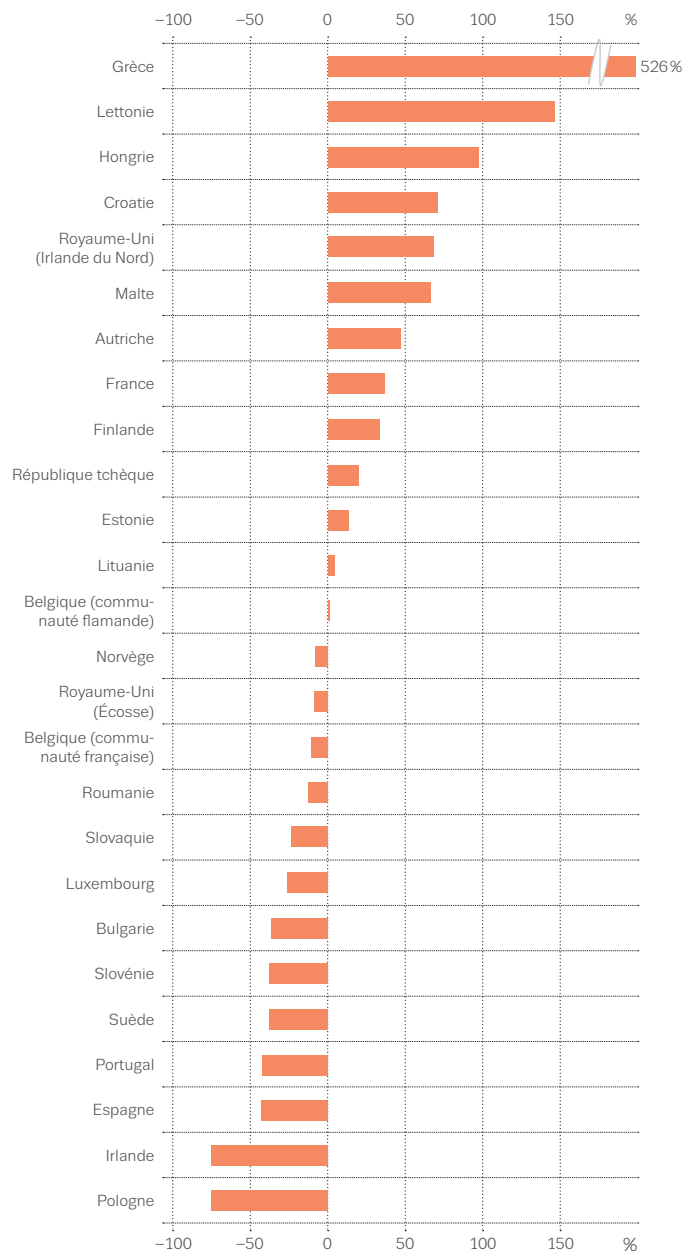
Prévention des maladies infectieuses

Les usagers de drogues, en particulier ceux pratiquant l'injection, courent le risque de contracter des maladies infectieuses en partageant du matériel d'injection ou en ayant des rapports sexuels non protégés. La prévention de la transmission du VIH, de l'hépatite virale et d'autres infections est donc un objectif important des politiques européennes antidrogue. Pour les consommateurs d'opiacés par injection, il est à présent démontré que les traitements de substitution réduisent les comportements à risque et certaines études suggèrent même que l'effet protecteur augmente lorsqu'il est combiné à des programmes d'échange de seringues.

Le nombre de seringues distribuées dans le cadre de programmes spécialisés a augmenté en Europe (26 pays),

FIGURE 3.3

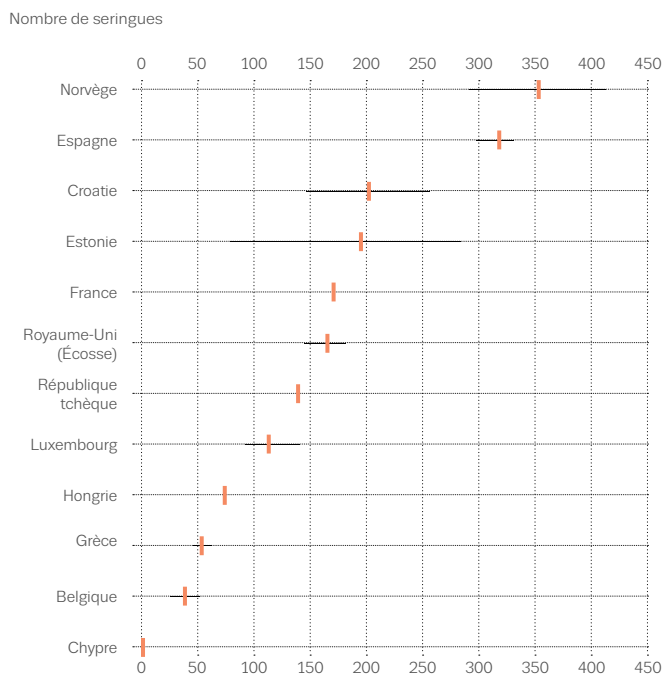
Évolution du nombre de seringues distribuées par les programmes spécialisés entre 2007 et 2012



passant de 42,9 millions de seringues en 2007 à 46,0 millions en 2012. Au niveau national, la situation est contrastée, avec environ une moitié des pays indiquant une augmentation de l'offre et l'autre moitié une diminution (figure 3.3). Les augmentations peuvent s'expliquer par l'extension de l'offre, partant parfois d'un faible niveau de départ. Les diminutions peuvent s'expliquer soit par une baisse de l'offre de services soit par une baisse du nombre de patients. Sur les 12 pays qui disposaient d'estimations récentes du nombre d'usagers injecteurs, le nombre moyen de seringues distribuées par usager par l'intermédiaire de programmes spécialisés en 2012 était compris entre zéro à Chypre et plus de 300 en Espagne et en Norvège (figure 3.4).

FIGURE 3.4

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



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

Des épidémies de nouvelles infections au VIH parmi les usagers pratiquant l'injection ont été rapportées récemment en Grèce et en Roumanie, tel qu'indiqué au chapitre 2. Un exercice d'évaluation des risques a donc été réalisé, afin de déterminer si d'autres pays pouvaient être vulnérables à de nouvelles épidémies de VIH. La figure 3.5 donne un aperçu de certains indicateurs de risque potentiel. Sur la base de cette simple analyse, environ un tiers des pays peuvent être considérés comme à risque, ce qui suggère qu'il convient d'être constamment vigilants et d'envisager d'élargir la couverture des mesures de prévention du VIH.

Les mesures de prévention qui ciblent la transmission de l'hépatite C sont semblables à celles du VIH. Au niveau politique, un nombre croissant de pays ont adopté ou préparent des stratégies propres à l'hépatite C. Les initiatives axées sur le dépistage des usagers pratiquant l'injection et sur le conseil en matière d'hépatite C restent limitées. Malgré des données scientifiques de plus en plus nombreuses confirmant l'efficacité du traitement antiviral contre l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection, peu d'entre eux en bénéficient.

FIGURE 3.5

Indicateurs synthétiques du risque élevé d'infections au VIH parmi les usagers de drogue par injection

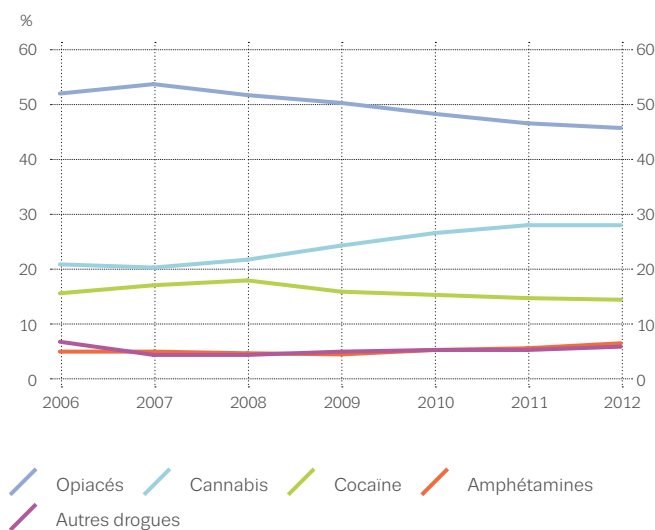
| | Belgique | Bulgarie | République tchèque | Danemark | Allemagne | Estonie | Irlande | Grèce | Espagne | France | Croatie | Italie | Chypre | Lettonie | Lituanie | Luxembourg | Hongrie | Malte | Pays-Bas | Autriche | Pologne | Portugal | Roumanie | Slovénie | Slovaquie | Suède | Finlande | Royaume-Uni | Turquie | Norvège |
|--|----------|----------|--------------------|----------|-----------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|----------|----------|------------|---------|--------|----------|----------|---------|----------|----------|----------|-----------|--------|----------|-------------|---------|---------|
| Prévalence du VIH et tendances | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange |
| Prévalence de l'usage de drogue par injection et tendances (risque de transmission) | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange |
| Couverture du traitement de substitution – moins de 30 % | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange |
| Couverture de la distribution de seringues – moins de 100 seringues par usager de drogue par injection | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange |

Orange Aucun des facteurs de risques suivants recensés : augmentation des déclarations de cas de VIH ou de la prévalence du VIH ou du HCV ; augmentation du risque de transmission ; faible couverture des interventions.
 Orange Facteurs de risque potentiellement présents : augmentation infra nationale de la prévalence ou du risque de transmission du VIH ou du HCV ; augmentation conséquente mais non significative au niveau national.
 Orange Facteur de risque présent : augmentation significative des déclarations de cas de VIH ou de la prévalence du VIH ou du HCV ; augmentation du risque de transmission ; faible couverture des interventions.
 Orange Informations non accessibles à l'ECDC ou l'EMCDDA.

Adapté d'Eurosurveillance 2013;18(48):pii=20648.

FIGURE 3.6

Pourcentage de patients entrant en traitement spécialisé pour toxicomanie, par drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur



Prévention des surdoses et des décès liés à la drogue

La réduction des décès par surdose et des autres décès liés à la drogue reste un défi majeur pour la politique de santé publique en Europe. Les réponses ciblées dans ce domaine sont axées soit sur la prévention des surdoses soit sur l'amélioration des chances de survie en cas de surdose. Le traitement de la toxicomanie, en particulier le traitement de substitution aux opiacés, prévient les surdoses et réduit le risque de mortalité des toxicomanes. Les formations qui apprennent à réagir aux surdoses par l'administration de naloxone, une drogue antagoniste des opiacés, peuvent sauver des vies en cas de surdose. Un type d'intervention qui vise à la fois à réduire les surdoses et à accroître les chances de survie en cas de surdose est l'utilisation de salles de consommation à moindre risque. Six États membres de l'UE et la Norvège proposent actuellement de telles structures (73 au total). Au cours des trois dernières années, plusieurs structures ont fermé aux Pays-Bas, à cause d'une baisse de la demande, tandis que quatre nouvelles structures ont ouvert leurs portes au Danemark et une en Grèce.

Plus d'un million d'Européens en traitement lié à leur usage de drogues

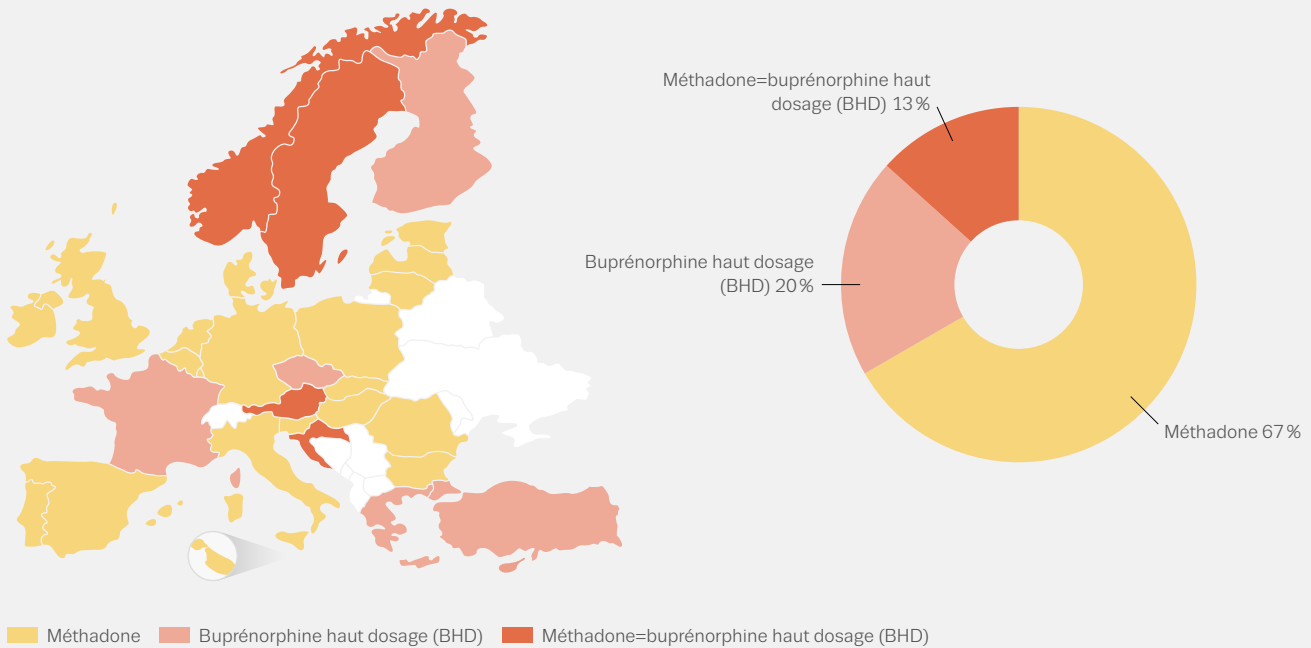
Selon les estimations, au moins 1,3 million de personnes ont reçu un traitement en lien avec une consommation de drogues illicites en Europe en 2012. Les consommateurs d'opiacés représentent le plus grand groupe de ces patients et les données sur les admissions en traitement (figure 3.6) indiquent que les consommateurs de cannabis et de cocaïne formeraient les deuxième et troisième groupes, même s'il existe des différences entre les pays.

La plupart de ces traitements sont dispensés dans des structures ambulatoires, telles que des centres spécialisés, des centres de soins généraux, notamment des cabinets de médecins généralistes et des structures à bas seuil d'exigences. Un pourcentage non négligeable des traitements est également dispensé en milieu résidentiel, comme les centres thérapeutiques résidentiels spécialisés, les communautés thérapeutiques et les centres résidentiels hospitaliers (par exemple en hôpital psychiatrique). Une approche nouvelle et innovante du traitement est la prestation de services via Internet, qui permet aux personnes qui veulent obtenir de l'aide d'accéder aux programmes de traitement depuis leur domicile.

Le traitement de substitution, généralement combiné à des interventions psychosociales, est le traitement le plus courant pour la dépendance aux opiacés en Europe. Les données disponibles confirment cette approche combinée, qui permet de maintenir les patients en traitement et de réduire la consommation d'opiacés illicites, les risques et la mortalité. Les interventions psychosociales constituent le principal mode de traitement pour les consommateurs dépendants aux stimulants, et les études suggèrent que la thérapie cognitivo-comportementale comme la gestion des contingences donnent des résultats positifs. De plus en plus de pays proposent à présent des traitements propres au cannabis et les données disponibles corroborent le recours à une combinaison incluant thérapie cognitivo-comportementale, entretien de motivation et gestion des contingences. Certaines données encouragent le recours à la thérapie familiale multidimensionnelle pour les jeunes consommateurs de cannabis.

FIGURE 3.7

Principal produit de substitution aux opiacés au niveau national (à gauche) et en pourcentage des patients en traitement de substitution en Europe (à droite)



Traitement de substitution : principal mode de traitement ambulatoire

Près des deux tiers des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone, qui est le produit de substitution le plus couramment prescrit, la buprénorphine haut dosage étant administrée à la plupart des autres patients (environ 20 %). Cette dernière substance est le principal médicament de substitution dans six pays (figure 3.7). Environ 6 % de l'ensemble des traitements de substitution en Europe reposent sur la prescription d'autres substances, telles que la morphine à libération lente ou la diacéylmorphine (héroïne).

Selon les estimations, 734 000 consommateurs d'opiacés ont reçu un traitement de substitution en Europe en 2012. Ce chiffre est relativement stable comparé à 2011 (726 000), mais supérieur à l'estimation de 2007 (630 000) (voir figure 3.8). En 2012, cinq pays ont fait part d'augmentations de plus de 25 % du nombre de patients par rapport aux estimations de l'année précédente. La plus forte hausse en pourcentage a été observée en Turquie (250 %), suivie de la Grèce (45 %) et de la Lettonie (28 %). Les hausses en pourcentage dans ces pays ont cependant eu lieu dans le contexte de chiffres de départ relativement faibles. En revanche, au cours de la même période, la Roumanie (-30 %) a fait état de la plus forte diminution en pourcentage du nombre estimé de patients.

FIGURE 3.8

Evolution du nombre de patients en traitement de substitution aux opiacés

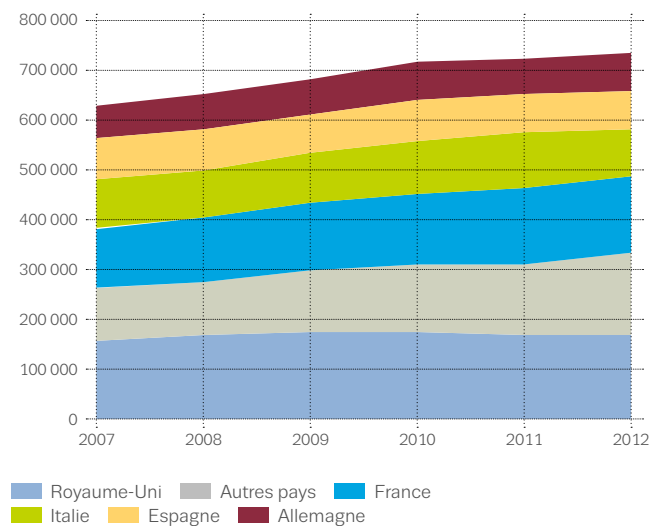
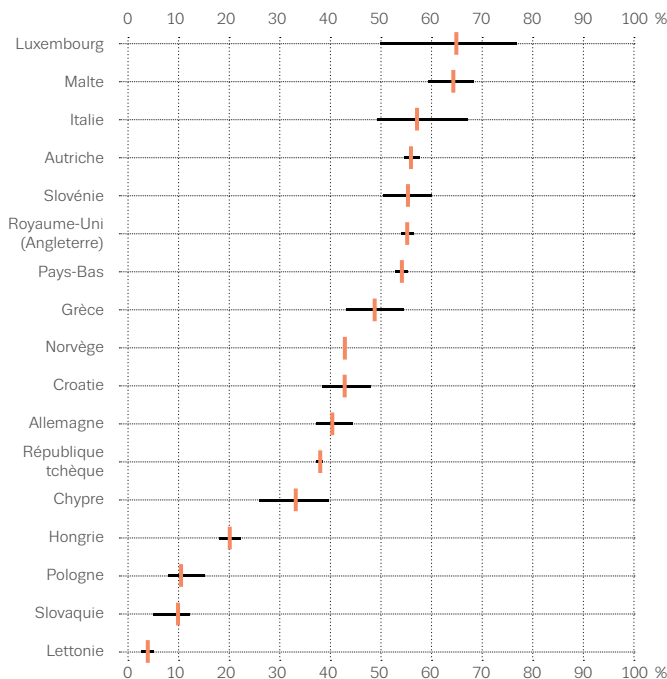


FIGURE 3.9

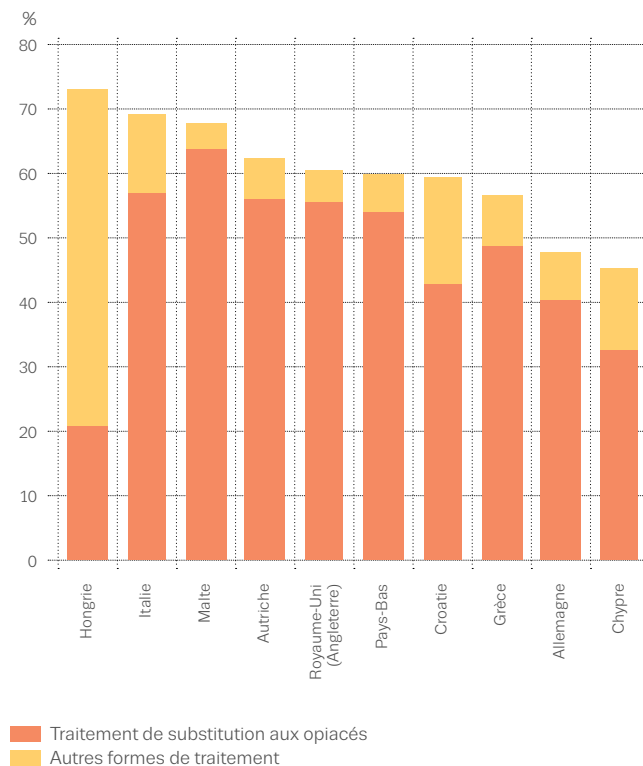
Pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés suivant un traitement de substitution (estimation)



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

FIGURE 3.10

Pourcentage d'usagers problématiques d'opiacés suivant un traitement pour toxicomanie (estimation)



Couverture du traitement : plus de la moitié des consommateurs d'opiacés suivent un traitement de substitution

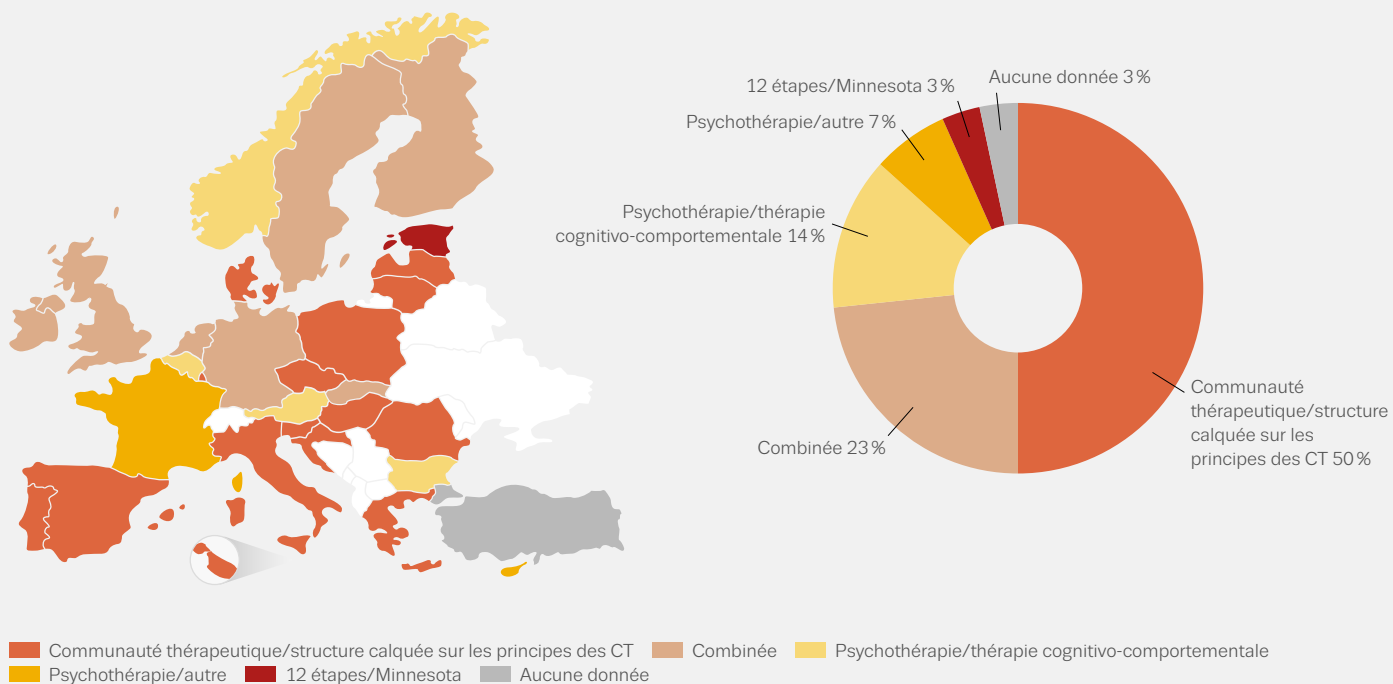
La couverture du traitement de substitution (la proportion des personnes qui en ont besoin et qui en bénéficient) est estimée à plus de 50 % des usagers problématiques d'opiacés européens. Pour des raisons méthodologiques, il convient de traiter cette estimation avec prudence, mais dans de nombreux pays, une majorité des consommateurs d'opiacés sont ou ont été en contact avec des services de soins. Au niveau national, cependant, des différences marquées dans les taux de couverture demeurent, avec les taux estimés les plus bas (environ 10 % ou moins) enregistrés en Lettonie, en Slovaquie et en Pologne (figure 3.9).

Un traitement sans produit de substitution est proposé aux consommateurs d'opiacés dans tous les pays européens. Dans les dix pays qui ont fourni suffisamment de données, la couverture des approches de traitement sans produit de substitution est généralement de l'ordre de 3 % à 17 % de l'ensemble des usagers problématiques d'opiacés et atteint plus de 50 % en Hongrie (figure 3.10).



FIGURE 3.11

Principale approche thérapeutique des programmes résidentiels, chiffres totaux au niveau national (à gauche) et européen (à droite), 2011



Traitement résidentiel : l'approche de la communauté thérapeutique prédomine

Dans la plupart des pays européens, les programmes de traitement résidentiels constituent un élément essentiel des possibilités de traitement et de désintoxication offertes aux toxicomanes. Une récente étude de l'EMCDDA a recensé 2 500 centres de traitement résidentiels en Europe, dont les deux tiers étaient concentrés dans six pays : Allemagne, Espagne, Irlande, Italie, Suède et Royaume-Uni. Les centres résidentiels communautaires constituent le groupe principal (2 330), et 17 pays indiquent que l'ensemble de leurs centres résidentiels appartiennent à cette catégorie. En outre, 170 programmes résidentiels hospitaliers ont aussi été recensés en Europe.

De nombreux programmes résidentiels sont essentiellement axés sur la santé, le fonctionnement personnel et social et l'amélioration de la qualité de vie. Les programmes résidentiels peuvent être caractérisés par quatre approches thérapeutiques principales : le modèle en 12 étapes ou Minnesota, l'approche de la thérapie communautaire, la psychothérapie cognitivo-comportementale et les autres types de psychothérapies. Parmi celles-ci, le « modèle de la thérapie communautaire » prédomine dans 15 pays (figure 3.11).

Les preuves de l'efficacité des communautés thérapeutiques sans produit de substitution ne sont pas concluantes, en partie en raison des difficultés méthodologiques à mener des recherches sur l'effet du traitement dans ce domaine. La plupart des recherches sur le sujet menées en Europe sont limitées à des études d'observation et les conclusions sont donc forcément approximatives. Dans l'ensemble, cependant, ces études font état de résultats positifs pour ce traitement, assortis d'un maintien en traitement plus long et d'un achèvement du traitement. Presque toutes les études d'observation indiquent que les résidents des communautés thérapeutiques réduisent leur consommation de drogue ou y mettent fin et que leur qualité de vie s'améliore.

Bien qu'historiquement, les programmes de traitement résidentiels aient été totalement exempts de produits de substitution, les données actuelles indiquent que des produits de substitution sont de plus en plus proposés aux consommateurs d'opiacés. L'intégration de produits de substitution dans le traitement résidentiel a été indiquée par 18 des 25 pays objet de l'étude (figure 3.12).

FIGURE 3.12

Disponibilité de produits de substitution aux opiacés dans les programmes résidentiels, 2011

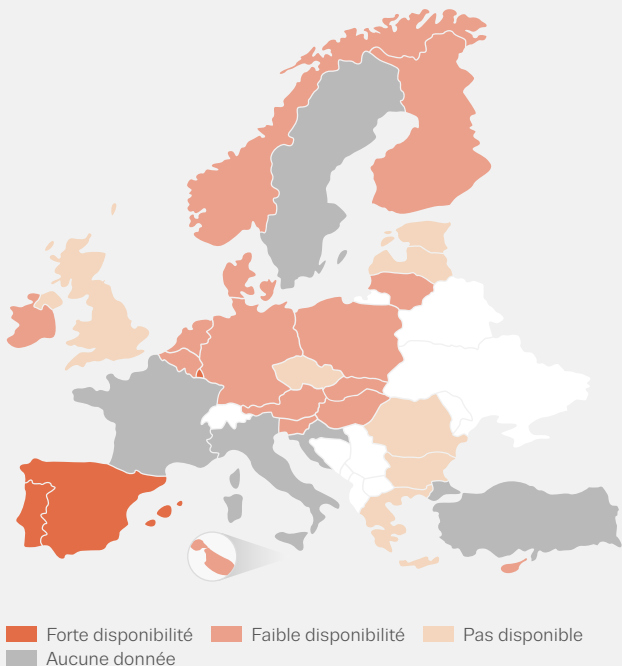
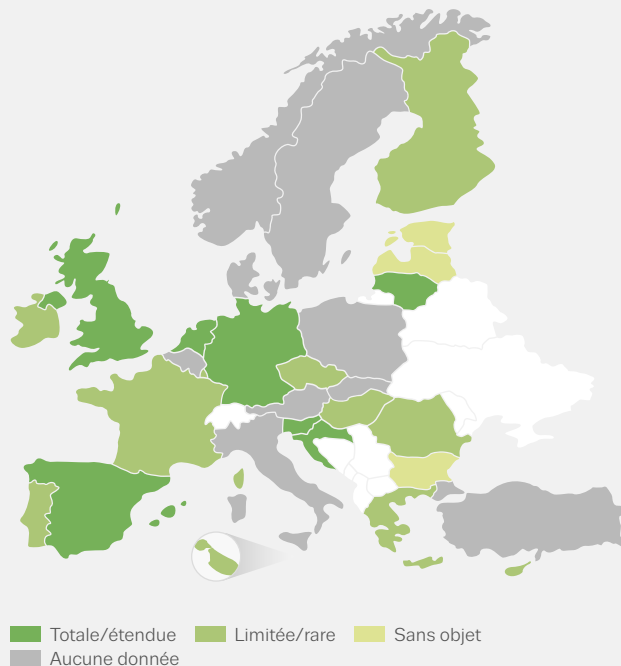


FIGURE 3.13

Disponibilité d'interventions sur le marché du travail intermédiaire pour les patients traités pour toxicomanie (évaluations d'experts, 2011)



Réinsertion sociale : priorité à l'employabilité

Les services de réinsertion sociale accompagnent le traitement et empêchent la rechute en intervenant sur des aspects clés de l'exclusion sociale des toxicomanes. En 2012, près de la moitié des patients qui entamaient un traitement spécialisé lié à un usage de drogues en Europe était au chômage (47 %) et près d'un sur dix n'avait pas de logement stable (9 %). Une autre caractéristique courante parmi ces patients est le faible niveau d'instruction. Bien que la réinsertion sociale des usagers de drogues figure parmi les objectifs des stratégies nationales de lutte contre la drogue, l'offre de services dans ce domaine varie considérablement d'un pays à l'autre.

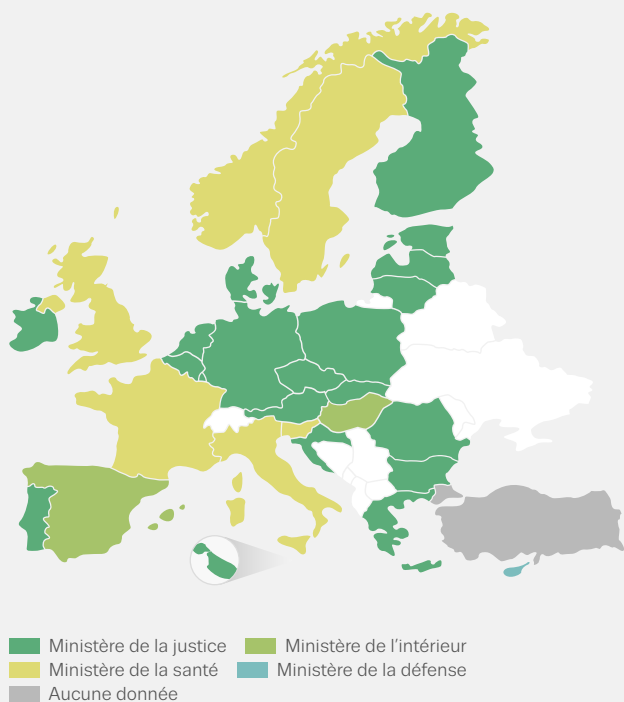
Accroître l'employabilité des patients en traitement peut les aider à se réinsérer dans la société. L'employabilité dépend des connaissances, des compétences et des attitudes des individus, de la manière dont ils utilisent ces atouts et du contexte dans lequel ils cherchent du travail. Un moyen d'accroître l'employabilité est de mettre en place un système de soutien axé sur les personnes défavorisées, qui vise à combler le décalage entre le chômage de longue durée et le marché du travail. Ce système s'appuie souvent sur le « marché du travail intermédiaire ». Les patients en traitement peuvent bénéficier de contrats de travail temporaires, ainsi que d'activités de formation, d'acquisition d'expérience professionnelle, de développement personnel et de

recherche d'emploi. Les projets d'entreprises sociales sont un type d'initiative couramment envisagé dans ce cadre. Ces entreprises produisent des biens ou des services utiles sur le plan social et emploient des groupes défavorisés sur le marché du travail. Bien que ces interventions soient disponibles dans la plupart des États membres (voir figure 3.13), l'accès des personnes en traitement lié à leur usage de drogues semble être limité et peut être compliqué par les taux de chômage élevés parmi la population générale.

Les services de réinsertion sociale accompagnent le traitement et empêchent la rechute en intervenant sur des aspects clés de l'exclusion sociale des toxicomanes

FIGURE 3.14

Ministère responsable des services sanitaires carcéraux



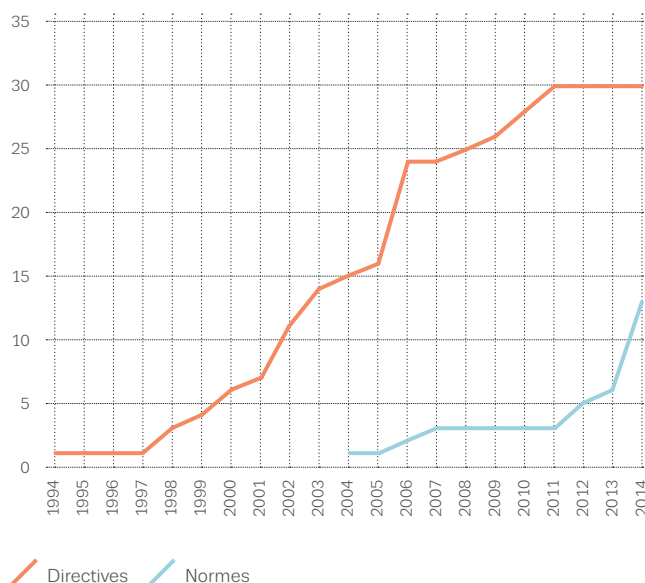
Santé en prison : toujours essentiellement de la responsabilité des ministères de la justice et de l'intérieur

Les détenus présentent, par rapport à la population générale, des taux globalement plus élevés d'usages de drogues, mais aussi des modes de consommation plus risqués, comme l'indiquent de récentes études qui révèlent qu'entre 5 et 31 % des détenus ont déjà consommé de la drogue par injection. Lorsqu'ils entrent en prison, la plupart des usagers réduisent leur consommation ou y mettent fin. Des drogues illicites circulent cependant dans de nombreuses prisons et certains détenus continuent à se droguer ou commencent à le faire pendant leur incarcération.

La plupart des pays ont mis en place des partenariats entre les services sanitaires des prisons et des prestataires actifs au sein de la communauté. Ces partenariats proposent des actions d'éducation sanitaire et de traitement en prison et assurent la continuité du traitement lors de l'incarcération ou de la sortie de prison. En général, les services sanitaires pénitentiaires relèvent de la responsabilité des ministères de la justice ou de l'intérieur. Dans certains pays, cependant, le ministère de la santé est à présent responsable des services sanitaires carcéraux (figure 3.14), ce qui facilite l'intégration avec les services sanitaires généraux au sein de la communauté.

FIGURE 3.15

Nombre cumulé de pays qui ont publié des directives et des normes de qualité pour les interventions sanitaires et sociales dans le domaine des drogues, par année de publication



Bien que leur introduction ait généralement été plus tardive qu'ailleurs, les traitements de substitution aux opiacés sont à présent disponibles dans les prisons de 26 des 30 pays analysés, des restrictions peuvent aussi être appliquées. Par exemple, dans quatre pays, les traitements de substitution en prison sont limités aux détenus qui suivaient déjà un tel traitement avant leur incarcération.

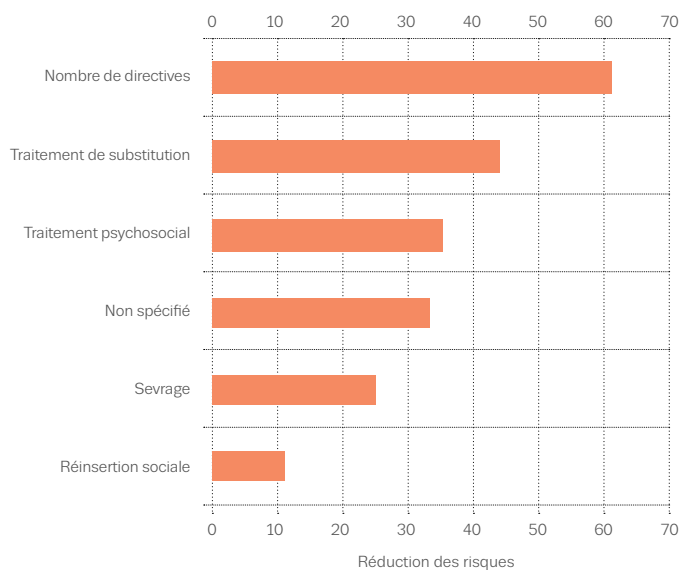
Réponses fondées sur des données scientifiquement validés : utilisation de directives et de normes

Les réponses sanitaires et sociales de l'Europe aux problèmes de drogues sont de plus en plus étayées par des directives et des normes de qualité, qui sont là pour traduire les données scientifiques en résultats satisfaisants et durables. En général, un processus peut être observé, dans lequel les directives précèdent de plusieurs années l'introduction de normes de qualité (figure 3.15).

Les directives contiennent des recommandations destinées à optimiser la prise en charge des patients. Elles sont généralement basées sur une analyse des données scientifiques et sur une évaluation des avantages et des risques relatifs aux possibilités de prise en charge. L'objectif des directives est d'aider les patients, le

FIGURE 3.16

Directives nationales en matière de drogues pour les interventions sanitaires et sociales dans le domaine des drogues déclarées en Europe jusqu'en 2013



Les réponses sanitaires et sociales de l'Europe aux problèmes de drogue sont de plus en plus étayées par des directives et des normes de qualité

personnel soignant et les prestataires de services à prendre des décisions quant aux interventions adéquates. Ces 20 dernières années, plus de 150 ensembles de directives en matière de drogues ont été publiés et des directives sont disponibles dans tous les États membres depuis 2011. Les directives couvrent l'ensemble des interventions sanitaires et sociales dans le domaine des drogues, bien qu'il existe davantage de directives sur les interventions sanitaires (traitement de substitution et sevrage par exemple) que sur la réduction des risques ou la réinsertion sociale (figure 3.16).

Les normes de qualité sont des principes et des ensembles de règles basés sur des données scientifiques, qui sont utilisées pour aider à mettre en œuvre les interventions recommandées dans les directives. Elles peuvent porter sur les aspects liés au contenu, les processus ou les aspects structurels de l'assurance qualité, tels que l'environnement de travail et la composition du personnel. Dans le domaine de la prévention de l'usage de drogues, un ensemble européen de normes de qualité est disponible afin d'étayer l'élaboration des programmes. Ces normes mettent en évidence des facteurs tels que la pertinence des activités pour les populations cibles, le respect des principes éthiques adoptés et l'intégration et la promotion de la base scientifique des données.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on drugs.

2013

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs.

2012

Réduction de la demande de drogue : preuves scientifiques mondiales pour actions locales, Objectif drogues.

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Thematic papers.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, Monographs.

Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues.

Publications conjointes de l'EMCDDA et de l'ECDC

2011

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

Toutes ces publications sont disponibles sur : www.emcdda.europa.eu/publications

4

**Le cadre international de
contrôle de la production, du
commerce et de la possession de
plus de 240 substances
psychoactives est défini par trois
conventions des Nations unies**

Politiques antidrogue

Au niveau de l'Union européenne, la législation sur les stupéfiants ainsi que les stratégies et les plans d'action pluriannuels en la matière constituent un cadre pour une action coordonnée. Au niveau national, il incombe aux gouvernements et aux parlements d'adopter les cadres juridiques, stratégiques, organisationnels et budgétaires nécessaires pour répondre aux problèmes liés à la drogue.

Suivi des politiques antidrogue

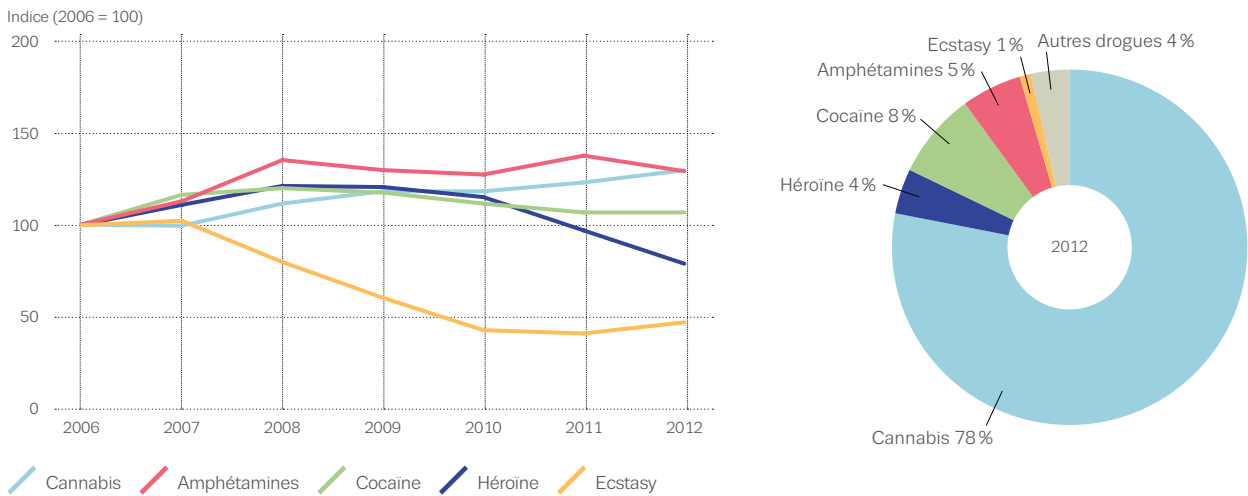
Parmi les principales dimensions des politiques qui peuvent être suivies au niveau européen figurent la législation sur les stupéfiants et les infractions à celle-ci, les stratégies et les plans d'action de lutte antidrogue nationaux, les mécanismes de coordination et d'évaluation des politiques, ainsi que les budgets et les dépenses publiques liés à la drogue. Les données sont collectées via deux réseaux de l'EMCDDA : les points focaux nationaux et les correspondants juridiques et politiques. Des données et des notes méthodologiques relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants figurent dans l'espace web *European Drug Report : Data and statistics*, et des informations exhaustives sont aussi disponibles sur *European drug policy and law*.

Législation sur les stupéfiants : un cadre commun

Le cadre international de contrôle de la production, du commerce et de la possession de plus de 240 substances psychoactives est défini par trois conventions des Nations unies. Celles-ci obligent chaque pays à considérer l'offre de drogue non autorisée comme une infraction pénale. Le même traitement est requis pour la détention de drogue pour usage personnel, sous réserve des « principes constitutionnels et des concepts fondamentaux du système juridique » du pays. Cette clause n'a pas été interprétée de façon uniforme, comme en témoignent les différentes approches juridiques dans les pays européens et ailleurs.

FIGURE 4.1

Infractions liées à l'usage de drogue ou à la détention pour usage personnel en Europe, tendances et ventilation par produit



Détention de drogue pour usage personnel : tendance à l'abandon des peines de prison

Dans la plupart des pays européens, la détention de drogue pour usage personnel (et parfois la consommation de drogue) est une infraction pénale passible d'une peine de prison. Dans de nombreux pays européens, cependant, l'emprisonnement est peu courant et, depuis 2000 environ, la tendance générale en Europe est à la réduction de la possibilité d'emprisonnement pour des infractions liées à l'usage personnel. Certains pays ont totalement supprimé la possibilité d'incarcération et certains pays sont allés plus loin encore en faisant en sorte que les délits de détention pour usage personnel ne puissent être passibles que de sanctions non pénales, généralement une amende.

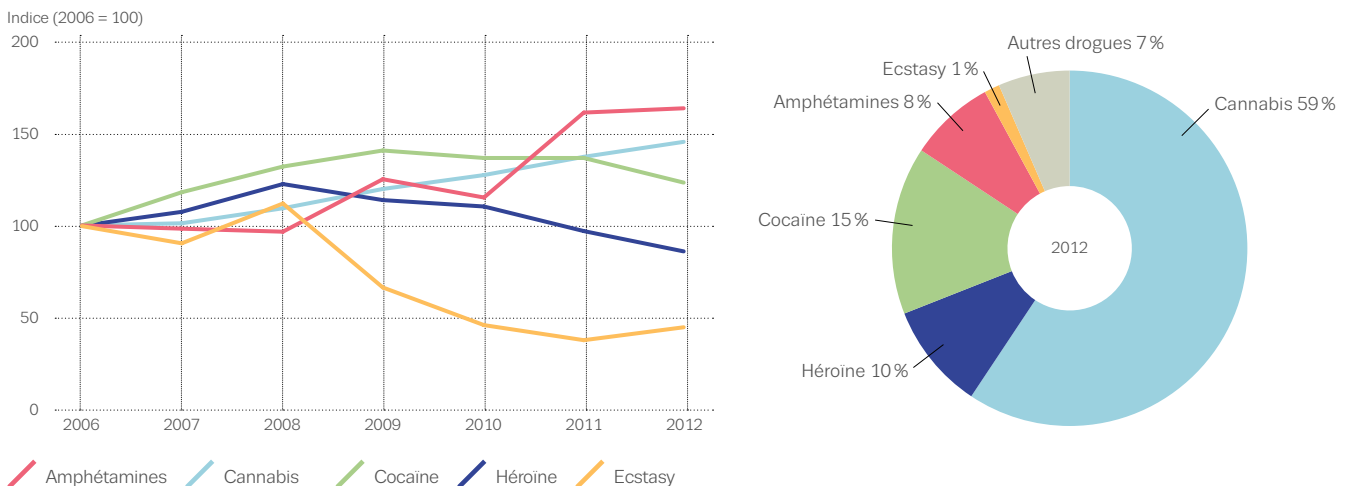
Dans la plupart des pays européens, la majorité des infractions à la législation sur les stupéfiants concernent la consommation de drogues ou la détention pour usage personnel. En Europe, au total, plus d'un million de ces infractions ont été déclarées en 2012, selon les estimations, soit une augmentation de 17 % par rapport à 2006. Plus des trois quarts des infractions déclarées concernent le cannabis (figure 4.1).

Offre de drogue : des sanctions très diverses

L'offre de drogue illicite constitue toujours un délit en Europe, mais les sanctions possibles varient considérablement d'un pays à l'autre. Dans certains pays,

FIGURE 4.2

Infractions déclarées liées à l'offre de drogue en Europe, tendances et ventilation par drogue



les délits d'offre de drogue peuvent entraîner un éventail de sanctions (jusqu'à l'emprisonnement à perpétuité). D'autres pays font une distinction entre les délits mineurs et majeurs d'offre de drogue, sur la base de facteurs tels que la quantité ou le type de drogue saisie, avec des sanctions minimales et maximales selon les cas.

Dans l'ensemble, les cas de délits d'offre de drogue ont augmenté de 28 % depuis 2006, dépassant les 230 000 cas en 2012. Comme pour les délits de détention, le cannabis représente la majorité des infractions. La cocaïne, l'héroïne et les amphétamines représentent cependant une part plus importante des délits d'offre que des délits de détention pour usage personnel. La tendance à la baisse des délits d'offre de cocaïne et d'héroïne se poursuit (figure 4.2).

Nouvelles substances psychoactives : des systèmes de réglementation en constante évolution

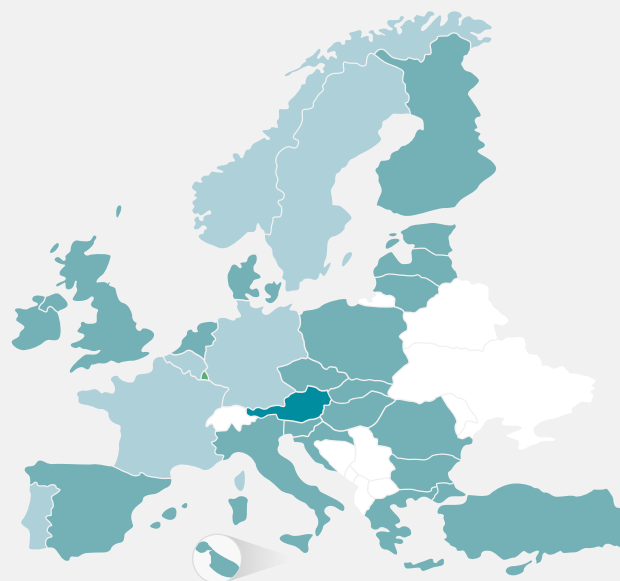
La vitesse à laquelle les substances récemment réglementées sont remplacées par de nouvelles substances et la diversité des produits disponibles posent de sérieuses difficultés aux législateurs européens.

Au niveau national, ces difficultés ont suscité toute une série de réponses juridiques innovantes parmi les pays européens. Globalement, elles sont de trois types. Premièrement, les pays peuvent utiliser les lois existantes couvrant des aspects qui n'ont aucun lien avec les drogues réglementées, telles que la législation relative à la sécurité des consommateurs ou au contrôle des médicaments : en Pologne, en 2010, plus de 1 000 points de vente ont été fermés en un weekend en recourant à la législation disponible en matière de protection sanitaire. Deuxièmement, les pays peuvent élargir ou adapter la législation sur les stupéfiants ou le cadre de lutte contre la drogue en place : au Royaume-Uni, en 2011, des ordonnances d'interdiction temporaire réglementant l'offre de certaines drogues ont été adoptées afin de permettre une évaluation des risques sanitaires. Troisièmement, les pays peuvent concevoir de nouvelles dispositions législatives : en 2013, le Portugal et la Slovaquie ont adopté des lois spécifiques pour mettre un terme à la vente non autorisée de certaines nouvelles substances.

Ce domaine du droit évolue constamment et rapidement. Parmi les récentes évolutions, la Pologne et la Roumanie ont renforcé les lois existantes en introduisant une nouvelle disposition spécialement conçue à cet effet ; les anciennes et les nouvelles lois sont à présent utilisées en parallèle. En 2012, Chypre a remanié ses définitions

FIGURE 4.3

Stratégies et plans d'action antidrogue nationaux : disponibilité et champ d'action



■ Stratégie combinée de lutte contre les drogues licites et illicites
 ■ Stratégie de lutte contre les drogues illicites
 ■ Pas de stratégie nationale antidrogue

NB : si le Royaume-Uni possède une stratégie de lutte contre les drogues illicites, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord possèdent des stratégies combinées qui englobent l'alcool.

génériques pour couvrir les substances qui n'y figuraient pas, tandis que la même année, les Pays-Bas ont rejeté les définitions génériques au motif qu'elles n'étaient pas suffisamment ciblées.

Parmi ces différentes approches, il existe une importante variation dans les critères de déclenchement d'une réponse législative et dans les sanctions pour non-respect. Une tendance semble néanmoins se dessiner vers une pénalisation de l'offre plutôt qu'une pénalisation de la détention de ces substances.

Stratégies antidrogue nationales

L'adoption de stratégies et de plan d'action de lutte contre la drogue est à présent une pratique bien établie pour les gouvernements nationaux d'Europe. Ces documents limités dans le temps comprennent un ensemble de principes généraux, d'objectifs et de priorités et précisent les actions à entreprendre et les responsables chargés de leur mise en œuvre. Tous les pays disposent maintenant d'une stratégie ou d'un plan d'action national de lutte contre la drogue, à l'exception de l'Autriche qui a adopté des plans au niveau provincial. Sept pays ont adopté des stratégies et des plans d'action nationaux qui couvrent les drogues licites et illicites (figure 4.3). De nombreux pays

FIGURE 4.4

évaluent à présent systématiquement leurs stratégies et plans d'action. L'objectif de cette évaluation est généralement de contrôler le niveau de mise en œuvre atteint, ainsi que les changements dans la situation générale en matière de drogues.

Diverses organisations militantes autour des politiques antidrogue

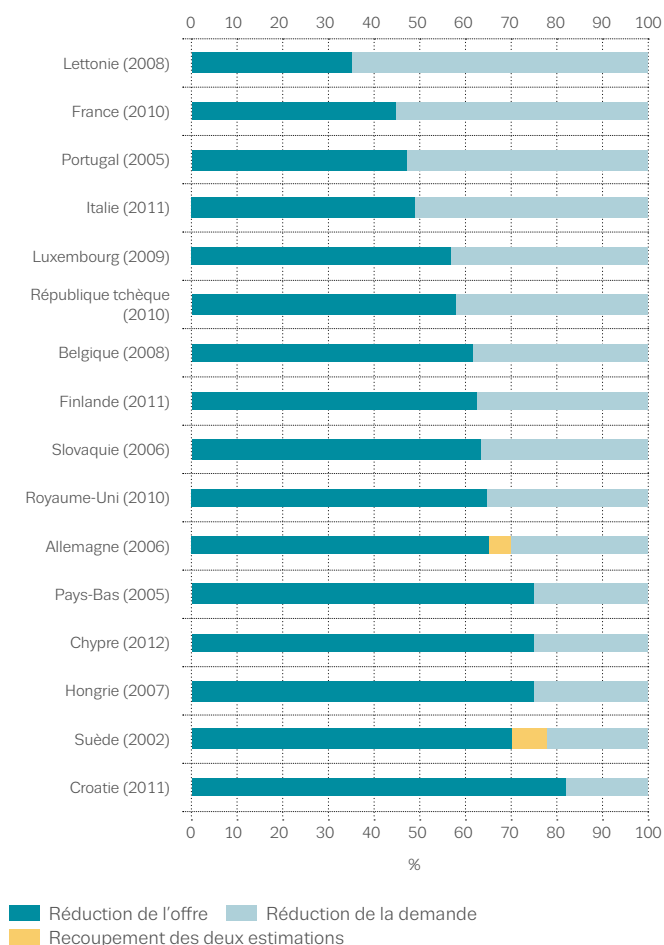
Ces dernières années ont vu une augmentation de l'engagement d'associations de la société civile, y compris de groupes militants, souhaitant participer à l'élaboration des stratégies antidrogue. Une récente étude de l'EMCDDA a recensé plus de 200 organisations militantes dans le domaine des drogues en Europe, dont près de 70 % sont actives au niveau national et le reste réparti à parts égales entre le niveau local et le niveau européen. Près des deux tiers de ces organisations ont des objectifs axés sur le développement des pratiques, 39 % d'entre elles préconisant des approches de réduction des risques et 26 % la prévention et la réduction de l'usage. Le reste de ces associations s'intéresse plus particulièrement aux modifications législatives, 23 % d'entre elles privilégiant un assouplissement de la législation relative aux drogues et 12 % préconisant un renforcement de celle-ci.

La plupart des associations militantes mènent des activités ciblées, qui visent à influencer les attitudes et les opinions de la population et des décideurs politiques sur l'offre de services dans le domaine des drogues et la législation relative aux drogues. Elles recourent à des activités de sensibilisation de l'opinion, telles que la participation aux débats publics ou la présence sur les réseaux sociaux, afin d'influencer les politiques antidrogue. Les organisations qui militent pour l'assouplissement de la législation ou le renforcement de la réduction des risques agissent principalement au nom des usagers, tandis que celles qui prônent une réduction de l'usage de drogues et un durcissement de la législation agissent principalement au nom de l'ensemble de la société, en particulier des jeunes et des familles.

Économie : les fonds d'intervention sont touchés par l'austérité

De nombreux pays européens continuent à faire face aux conséquences de la récente crise économique. L'ampleur de l'assainissement budgétaire ou des mesures d'austérité et leur incidence diffèrent d'un pays européen à l'autre. Parmi les 18 pays qui disposent de suffisamment de données pour effectuer une comparaison, des réductions

Ventilation des dépenses publiques liées à la drogue entre la réduction de la demande et la réduction de l'offre



ont été signalées dans les secteurs de la santé, de l'ordre public et de la sécurité, qui sont les principaux postes budgétaires publics liés à la plupart des dépenses publiques concernant la drogue. Dans l'ensemble, entre 2009 et 2011, les réductions les plus conséquentes des dépenses publiques ont été observées dans le secteur de la santé.

Les pays européens ont aussi fait état de baisses des fonds disponibles pour les programmes et services relatifs à la drogue ; ces diminutions ont particulièrement touché les actions de prévention et la recherche en matière de drogues. Plusieurs pays indiquent également que les tentatives visant à sanctuariser le financement des traitements liés à l'usage de drogues n'ont pas toujours été couronnées de succès.

L'analyse économique peut être un outil important pour évaluer les politiques, bien que le caractère limité des informations disponibles concernant les dépenses publiques liées à la drogue en Europe représente un

obstacle majeur et rend la comparaison entre les pays difficile. Pour les 16 pays qui produisent des estimations depuis 2002, les dépenses publiques liées à la drogue sont comprises entre 0,01 % et 0,5 % du produit intérieur brut (PIB). Selon les informations disponibles, il apparaît que la part la plus importante des dépenses publiques liées à la drogue est allouée aux activités de réduction de l'offre de drogues (figure 4.4).

Les dépenses publiques consacrées à la réduction de l'offre incluent, entre autres, les dépenses consacrées à l'incarcération des délinquants pour des affaires de drogue. L'EMCDDA a procédé à une série d'estimations, où la valeur inférieure ne tient compte que des détenus qui ont été condamnés pour infraction aux lois sur les stupéfiants et la valeur supérieure inclut aussi les personnes en détention préventive susceptibles d'être condamnées pour infraction aux lois sur les stupéfiants. Selon ces critères, les pays européens ont dépensé près de 0,03 % de leur PIB, soit 3,7 milliards d'euros, pour les contrevenants aux lois antidrogues en 2010. Si l'on inclut les personnes en détention préventive, l'estimation atteint 0,05 % du PIB ou 5,9 milliards d'euros.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematic papers.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issues.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Selected issues.

Publications conjointes de l'EMCDDA et de la Commission européenne

2010

L'Union européenne et le phénomène des drogues : questions fréquemment posées.

Toutes ces publications sont disponibles sur :
www.emcdda.europa.eu/publications

Annexe

**Les données nationales présentées
ci-dessous sont extraites de
l'espace web *European Drug
Report : Data and statistics*, dans
lequel le lecteur peut accéder à
d'autres statistiques, années, notes
et métadonnées**

TABLEAU 1

OPIACÉS

| Pays | Estimation de l'usage problématique d'opiacés | Indicateur des demandes de traitement ; drogue primaire | | | | Patients en traitement de substitution |
|------------------------------------|---|--|--|---|--|--|
| | | Patients usagers d'opiacés en % des patients admis en traitement | | % de patients usagers d'opiacés par injection (principal mode d'administration) | | |
| | | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois | |
| Nombre de cas pour 1 000 habitants | % (comptage) | % (comptage) | % (comptage) | % (comptage) | comptage | |
| Belgique | – | 34,5 (2 335) | 17,1 (290) | 21,7 (480) | 12,4 (35) | 17 351 |
| Bulgarie | – | 82,5 (1 631) | 84,3 (253) | 78,5 (963) | 80,3 (196) | 3 445 |
| République tchèque | 1,5–1,5 | 18,2 (1 615) | 9,7 (417) | 85,8 (1 370) | 84,5 (348) | 4 000 |
| Danemark | – | 17,5 (663) | 7,1 (102) | 33,9 (193) | 23 (20) | 7 600 |
| Allemagne | 3,2–3,8 | 40,4 (30 841) | 15,9 (3 343) | – | – | 75 400 |
| Estonie | – | 93,4 (510) | 85,6 (107) | 80,7 (406) | 79,4 (85) | 1 157 |
| Irlande | – | 51,6 (3 971) | 32,4 (1 058) | 42,5 (1 633) | 34,4 (353) | 8 923 |
| Grèce | 2,6–3,2 | 77,5 (4 399) | 68,9 (1 652) | 39,7 (1 744) | 36,3 (600) | 9 878 |
| Espagne | 0,9–1,0 | 29,7 (14 925) | 13,2 (3 289) | 18,1 (2 537) | 12,1 (384) | 76 263 |
| France | – | 43,1 (15 641) | 27,1 (2 690) | 14,2 (1 836) | 6,8 (172) | 152 000 |
| Croatie | 3,2–4,0 | 80,9 (6 357) | 27,9 (313) | 74,5 (4 678) | 42,3 (126) | 4 565 |
| Italie | 3,8–5,2 | 55,5 (16 751) | 39 (5 451) | 55,7 (8 507) | 46,4 (2 185) | 98 460 |
| Chypre | 1,0–1,5 | 27,9 (278) | 8,4 (41) | 57,2 (159) | 57,5 (23) | 239 |
| Lettonie | 5,4–10,7 | 49,9 (1 071) | 26,3 (104) | 91,3 (935) | 80,9 (76) | 355 |
| Lituanie | 2,3–2,4 | – | 66 (140) | – | 100 (140) | 687 |
| Luxembourg | 5,0–7,6 | 58,8 (163) | – | 44,1 (71) | – | 1 226 |
| Hongrie | 0,4–0,5 | 5,9 (230) | 1,8 (47) | 70,9 (156) | 56,8 (25) | 637 |
| Malte | 5,8–6,6 | 75,4 (1 410) | 35,2 (93) | 61 (840) | 53,9 (48) | 1 094 |
| Pays-Bas | 0,8–1,0 | 12,1 (1 302) | 5,7 (352) | 5,8 (45) | 9 (19) | 9 556 |
| Autriche | 5,2–5,5 | 58 (2 110) | 35,5 (488) | 46,5 (727) | 33,6 (127) | 16 892 |
| Pologne | 0,4–0,7 | 28,7 (808) | 9 (104) | 62,7 (449) | 39,4 (39) | 1 583 |
| Portugal | – | 70,1 (2 637) | 54,4 (980) | 15,4 (147) | 13,1 (80) | 24 027 |
| Roumanie | – | 37,4 (745) | 25 (251) | 89,3 (609) | 86,5 (199) | 531 |
| Slovénie | 4,0–4,8 | 81,1 (519) | 64 (189) | 50,6 (212) | 39,7 (48) | 3 345 |
| Slovaquie | 1,0–2,5 | 26,3 (528) | 13,1 (126) | 74 (382) | 69,6 (87) | 465 |
| Finlande | – | 61,9 (920) | 38,1 (101) | 81 (728) | 74 (74) | 2 439 |
| Suède | – | 20,1 (248) | – | 60,9 (148) | – | 5 200 |
| Royaume-Uni | 7,9–8,3 | 56,4 (61 737) | 33,4 (13 586) | 34,5 (20 804) | 30,6 (4 085) | 171 082 |
| Turquie | 0,2–0,5 | 75,4 (3 557) | 67,3 (1 695) | 48,7 (1 734) | 43,1 (730) | 28 656 |
| Norvège | 2,1–3,9 | 32,6 (2 902) | – | 77,1 (145) | – | 7 038 |
| Union européenne | – | 45,5 (174 345) | 25,0 (35 567) | 38,2 (50 759) | 31,8 (9 574) | 698 441 |
| UE, Turquie et Norvège | – | 45,5 (181 804) | 25,7 (37 262) | 38,5 (52 638) | 32,4 (10 304) | 734 135 |

TABLEAU 2

COCAÏNE

| Pays | Estimations de prévalence | | | Indicateur des demandes de traitement ; drogue primaire | | | |
|------------------------|---------------------------|--|----------------------------|---|--|--|--|
| | 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) | |
| | Vie, adultes (15-64 ans) | 12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans) | Vie, étudiants (15-16 ans) | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois |
| | % | % | % | % (comptage) | % (comptage) | % (comptage) | % (comptage) |
| Belgique | – | 2,0 | 4 | 15,3 (1 031) | 16,3 (277) | 7,4 (72) | 2,2 (6) |
| Bulgarie | 0,9 | 0,3 | 3 | 0,5 (9) | 1 (3) | 0 (0) | 0 (0) |
| République tchèque | 2,3 | 0,5 | 1 | 0,2 (19) | 0,2 (10) | 0 (0) | 0 (0) |
| Danemark | 5,2 | 2,4 | 2 | 5,1 (193) | 5,8 (84) | 10,1 (17) | 0 (0) |
| Allemagne | 3,4 | 1,6 | 3 | 6,1 (4 620) | 6 (1 267) | – | – |
| Estonie | – | 1,3 | 2 | – | – | – | – |
| Irlande | 6,8 | 2,8 | 3 | 8,5 (654) | 9,1 (297) | 1,5 (9) | 0 (0) |
| Grèce | 0,7 | 0,2 | 1 | 4,1 (235) | 4,2 (101) | 19,4 (45) | 8,9 (9) |
| Espagne | 8,8 | 3,6 | 3 | 40,4 (20 335) | 42,5 (10 637) | 1,9 (371) | 0,9 (97) |
| France | 3,7 | 1,9 | 4 | 6,4 (2 311) | 4,1 (411) | 9,9 (192) | 4,1 (16) |
| Croatie | 2,3 | 0,9 | 2 | 1,9 (147) | 4,3 (48) | 3,5 (5) | 2,2 (1) |
| Italie | 4,2 | 1,3 | 1 | 24,2 (7 299) | 30 (4 187) | 4,1 (282) | 3,4 (134) |
| Chypre | 1,3 | 0,6 | 4 | 12,1 (121) | 6,2 (30) | 2,5 (3) | 0 (0) |
| Lettonie | 1,5 | 0,3 | – | 0,3 (6) | 0,5 (2) | 0 (0) | 0 (0) |
| Lituanie | 0,9 | 0,3 | 2 | – | – | – | – |
| Luxembourg | – | – | – | 12,6 (35) | – | 39,4 (13) | – |
| Hongrie | 0,9 | 0,4 | 2 | 1,6 (62) | 1,6 (41) | 11,5 (7) | 7,5 (3) |
| Malte | 0,4 | – | 4 | 13,4 (251) | 28 (74) | 30,7 (75) | 14,5 (10) |
| Pays-Bas | 5,2 | 2,4 | 2 | 26,5 (2 867) | 21,7 (1 328) | 0,1 (2) | 0,1 (1) |
| Autriche | 2,2 | 1,2 | – | 8,3 (301) | 10,2 (140) | 6,5 (19) | 1,5 (2) |
| Pologne | 0,9 | 0,3 | 3 | 2,4 (69) | 2,7 (31) | 6,1 (4) | 3,2 (1) |
| Portugal | 1,2 | 0,4 | 4 | 10,5 (397) | 14,4 (259) | 3,6 (8) | 1 (2) |
| Roumanie | 0,3 | 0,2 | 2 | 1,2 (23) | 1,9 (19) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovénie | 2,1 | 1,2 | 3 | 4,8 (25) | 4,2 (8) | 40 (10) | 12,5 (1) |
| Slovaquie | 0,6 | 0,4 | 2 | 0,5 (11) | 0,9 (9) | 0 (0) | 0 (0) |
| Finlande | 1,7 | 0,6 | 1 | – | – | – | – |
| Suède | 3,3 | 1,2 | 1 | 1,8 (16) | – | 0 (0) | – |
| Royaume-Uni | 9,0 | 3,3 | 4 | 12,6 (13 787) | 16,9 (6 887) | 2,1 (279) | 0,9 (58) |
| Turquie | – | – | – | 1,7 (82) | 2 (50) | 0 (0) | 0 (0) |
| Norvège | – | – | 1 | 0,8 (67) | – | 0 (0) | – |
| Union européenne | 4,2 | 1,7 | – | 14,3 (54 824) | 18,4 (26 150) | 3 (1 413) | 1,5 (341) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | 13,9 (54 973) | 18,1 (26 200) | 3 (1 413) | 1,5 (341) |

TABLEAU 3

AMPHÉTAMINES

| Land | Estimations de prévalence | | | Indicateur des demandes de traitement ; drogue primaire | | | |
|------------------------|---------------------------|--|----------------------------|---|--|--|--|
| | Population générale | | Population scolaire | Patients usagers d'amphétamines en % des patients admis en traitement | | % de patients usagers d'amphétamines par injection (principal mode d'administration) | |
| | Vie, adultes (15-64 ans) | 12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans) | Vie, étudiants (15-16 ans) | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois |
| % | % | % | % (comptage) | % (comptage) | % (comptage) | % (comptage) | |
| Belgique | – | – | 5 | 9,4 (639) | 7,4 (125) | 15,4 (86) | 9,8 (12) |
| Bulgarie | 1,2 | 1,3 | 6 | 2,2 (43) | 8 (24) | 0 (0) | 0 (0) |
| République tchèque | 2,5 | 0,8 | 2 | 67,4 (5 999) | 71 (3 040) | 80,1 (4 761) | 75,2 (2 255) |
| Danemark | 6,6 | 1,4 | 2 | 9,5 (358) | 10,3 (149) | 3,1 (9) | 0 (0) |
| Allemagne | 3,1 | 1,8 | 4 | 13,1 (9 959) | 16,7 (3 498) | – | – |
| Estonie | – | 2,5 | 3 | 2,4 (13) | 2,4 (3) | 75 (9) | 66,7 (2) |
| Irlande | 4,5 | 0,8 | 2 | 0,6 (45) | 0,8 (25) | 0 (0) | 0 (0) |
| Grèce | 0,1 | 0,1 | 2 | 0,1 (7) | 0,1 (2) | 0 (0) | 0 (0) |
| Espagne | 3,3 | 1,1 | 2 | 1,2 (595) | 1,5 (363) | 0,3 (2) | 0 (0) |
| France | 1,7 | 0,5 | 4 | 0,3 (98) | 0,2 (22) | 22,5 (18) | 15,8 (3) |
| Croatie | 2,6 | 1,6 | 2 | 1,1 (85) | 2 (22) | 1,2 (1) | 0 (0) |
| Italie | 1,8 | 0,1 | 1 | 0,1 (33) | 0,2 (22) | 0 (0) | 0 (0) |
| Chypre | 0,7 | 0,4 | 4 | – | – | – | – |
| Lettonie | 2,2 | 0,6 | – | 19,8 (426) | 27,1 (107) | 60,4 (223) | 56,3 (54) |
| Lituanie | 1,2 | 0,5 | 3 | – | 5,7 (12) | – | 75 (9) |
| Luxembourg | – | – | – | 0,7 (2) | – | 0 (0) | – |
| Hongrie | 1,8 | 1,2 | 6 | 12,3 (476) | 11,1 (285) | 20 (94) | 16 (45) |
| Malte | 0,4 | – | 3 | 0,3 (5) | 0,4 (1) | 20 (1) | 0 (0) |
| Pays-Bas | 3,1 | – | 3 | 5,9 (633) | 6,1 (372) | 1,8 (6) | 0,5 (1) |
| Autriche | 2,5 | 0,9 | – | 3,2 (117) | 4,3 (59) | 0 (0) | 0 (0) |
| Pologne | 2,9 | 1,4 | 4 | 21,7 (611) | 22,4 (260) | 10,1 (60) | 3,5 (9) |
| Portugal | 0,5 | 0,1 | 3 | 0,03 (1) | 0,1 (1) | – | – |
| Roumanie | 0,1 | 0,0 | 2 | 0,5 (9) | 0,4 (4) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovénie | 0,9 | 0,8 | 2 | 1 (5) | 2,1 (4) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovaquie | 0,5 | 0,3 | 2 | 44,7 (895) | 49,3 (474) | 27,8 (244) | 19,2 (90) |
| Finlande | 2,3 | 1,6 | 1 | 12,2 (181) | 9,8 (26) | 80,4 (135) | 68 (17) |
| Suède | 5,0 | 1,5 | 1 | 14,9 (130) | – | 76,5 (176) | – |
| Royaume-Uni | 10,6 | 1,1 | 2 | 2,8 (3 084) | 3,3 (1 329) | 26,1 (744) | 19,4 (241) |
| Turquie | 0,3 | – | – | – | – | – | – |
| Norvège | – | – | 1 | 11,9 (1 057) | – | 70,2 (203) | – |
| Union européenne | 3,4 | 0,9 | – | 6,5 (24 553) | 7,2 (10 229) | 48 (6 569) | 43 (2 738) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | 6,5 (25 610) | 7,1 (10 229) | 48,5 (6 772) | 43 (2 738) |

TABLEAU 4

ECSTASY

| Pays | Estimations de prévalence | | | Indicateur des demandes de traitement ; drogue primaire | |
|------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|---|--|
| | Population générale | | Population scolaire | Patients usagers d'ecstasy en % des patients admis en traitement | |
| | Vie, adultes (15-64 ans) | 12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans) | Vie, étudiants (15-16 ans) | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois |
| | % | % | % | % (comptage) | % (comptage) |
| Belgique | – | – | 4 | 0,5 (36) | 1,1 (19) |
| Bulgarie | 2,0 | 2,9 | 4 | – | – |
| République tchèque | 3,6 | 1,2 | 3 | 0,1 (6) | 0,1 (3) |
| Danemark | 2,3 | 0,7 | 1 | 0,3 (13) | 0,5 (7) |
| Allemagne | 2,7 | 0,9 | 2 | – | – |
| Estonie | – | 2,3 | 3 | – | – |
| Irlande | 6,9 | 0,9 | 2 | 0,6 (46) | 1 (32) |
| Grèce | 0,4 | 0,4 | 2 | 0,2 (10) | 0,2 (4) |
| Espagne | 3,6 | 1,4 | 2 | 0,2 (103) | 0,3 (78) |
| France | 2,4 | 0,4 | 3 | 0,5 (186) | 0,2 (22) |
| Croatie | 2,5 | 0,5 | 2 | 0,4 (31) | 0,4 (4) |
| Italie | 1,8 | 0,1 | 1 | 0,2 (61) | 0,2 (32) |
| Chypre | 0,9 | 0,3 | 3 | 0,2 (2) | 0,2 (1) |
| Lettonie | 2,7 | 0,8 | 3 | 0,2 (4) | 0,5 (2) |
| Lituanie | 1,3 | 0,3 | 2 | – | – |
| Luxembourg | – | – | – | – | – |
| Hongrie | 2,4 | 1,0 | 4 | 1,5 (57) | 1,3 (34) |
| Malte | 0,7 | – | 3 | 1,1 (20) | 2,7 (7) |
| Pays-Bas | 6,2 | 3,1 | 3 | 0,6 (66) | 0,9 (58) |
| Autriche | 2,3 | 1,0 | – | 0,7 (24) | 0,9 (13) |
| Pologne | 1,1 | 0,3 | 2 | 0,2 (7) | 0,2 (2) |
| Portugal | 1,3 | 0,6 | 3 | 0,1 (4) | 0,2 (4) |
| Roumanie | 0,7 | 0,4 | 2 | 0,2 (3) | 0,2 (2) |
| Slovénie | 2,1 | 0,8 | 2 | 0,4 (2) | 1,1 (2) |
| Slovaquie | 1,9 | 0,9 | 4 | – | – |
| Finlande | 1,8 | 1,1 | 1 | 0,1 (2) | 0,4 (1) |
| Suède | 2,1 | 0,2 | 1 | – | – |
| Royaume-Uni | 8,3 | 2,4 | 4 | 0,2 (270) | 0,4 (166) |
| Turquie | 0,1 | 0,1 | – | 1,1 (53) | 1,6 (41) |
| Norvège | – | – | 1 | – | – |
| Union européenne | 3,1 | 1,0 | – | 0,2 (953) | 0,3 (493) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | 0,3 (1 006) | 0,4 (534) |

TABLEAU 5

CANNABIS

| Pays | Estimations de prévalence | | | Indicateur des demandes de traitement ; drogue primaire | |
|------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|---|--|
| | Population générale | | Population scolaire | Patients usagers de cannabis en % des patients admis en traitement | |
| | Vie, adultes (15-64 ans) | 12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans) | Vie, étudiants (15-16 ans) | Tous les patients admis en traitement | Patients admis en traitement pour la première fois |
| | % | % | % | % (comptage) | % (comptage) |
| Belgique | 14,3 | 11,2 | 24 | 31,2 (2 112) | 49,4 (839) |
| Bulgarie | 7,5 | 8,3 | 21 | 3,4 (67) | 5,7 (17) |
| République tchèque | 27,9 | 18,5 | 42 | 12,5 (1 111) | 17,5 (747) |
| Danemark | 35,6 | 17,6 | 18 | 63,4 (2 397) | 72,6 (1 048) |
| Allemagne | 23,1 | 11,1 | 19 | 34,4 (26 208) | 54,5 (11 431) |
| Estonie | – | 13,6 | 24 | 2,9 (16) | 8 (10) |
| Irlande | 25,3 | 10,3 | 18 | 28,8 (2 216) | 45,8 (1 498) |
| Grèce | 8,9 | 3,2 | 8 | 15,7 (889) | 24,6 (589) |
| Espagne | 27,4 | 17,0 | 28 | 25,6 (12 873) | 38,9 (9 736) |
| France | 32,1 | 17,5 | 39 | 44,1 (16 020) | 62,5 (6 206) |
| Croatie | 15,6 | 10,5 | 18 | 12,7 (1 001) | 56,3 (630) |
| Italie | 21,7 | 8,0 | 14 | 17,1 (5 176) | 26 (3 629) |
| Chypre | 9,9 | 4,2 | 7 | 53,3 (532) | 81,9 (399) |
| Lettonie | 12,5 | 7,3 | 25 | 14,6 (314) | 26,8 (106) |
| Lituanie | 10,5 | 5,1 | 20 | – | 3,3 (7) |
| Luxembourg | – | – | – | 26 (72) | – |
| Hongrie | 8,5 | 5,7 | 19 | 65,9 (2 560) | 74,9 (1 927) |
| Malte | 3,5 | 1,9 | 10 | 8,4 (157) | 29,2 (77) |
| Pays-Bas | 25,7 | 13,7 | 26 | 47,6 (5 143) | 57,8 (3 542) |
| Autriche | 14,2 | 6,6 | – | 25,3 (919) | 45,4 (623) |
| Pologne | 12,2 | 12,1 | 23 | 35,6 (1 003) | 53,6 (623) |
| Portugal | 9,4 | 5,1 | 14 | 13,9 (525) | 25,4 (457) |
| Roumanie | 1,6 | 0,6 | 7 | 11,1 (222) | 18,1 (182) |
| Slovénie | 15,8 | 10,3 | 23 | 10,4 (54) | 26,5 (50) |
| Slovaquie | 10,5 | 7,3 | 27 | 21,6 (432) | 32 (308) |
| Finlande | 18,3 | 11,2 | 11 | 18 (267) | 42,6 (113) |
| Suède | 14,9 | 6,9 | 7 | 16 (197) | – |
| Royaume-Uni | 30,0 | 10,5 | 24 | 22,4 (24 498) | 37,1 (15 107) |
| Turquie | 0,7 | 0,4 | – | 15,8 (744) | 22 (555) |
| Norvège | 19,2 | 7,9 | 5 | 19,2 (1 711) | – |
| Union européenne | 21,7 | 11,2 | – | 27,9 (106 981) | 42,2 (59 901) |
| UE, Turquie et Norvège | – | – | – | 27,6 (109 436) | 41,8 (60 456) |

TABLEAU 6

AUTRES INDICATEURS

| | Décès dus à la drogue (15-64 ans) | Cas de VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogue par injection (ECDC) | Estimation de la consommation de drogue par voie intraveineuse | Seringues distribuées par des programmes spécialisés |
|---------------------------|---|--|--|--|
| Pays | Nbre de cas par million d'habitants (comptage) | Nbre de cas par million d'habitants (comptage) | Nbre de cas pour 1 000 habitants | comptage |
| Belgique | 17,4 (127) | 0,4 (4) | 2,5–4,8 | 937 924 |
| Bulgarie | 4,8 (24) | 5,5 (40) | – | 466 603 |
| République tchèque | 3,9 (28) | 0,6 (6) | 5,32–5,38 | 5 362 334 |
| Danemark | 46,3 (168) | 2 (11) | – | – |
| Allemagne | 16,8 (908) | 1 (81) | – | – |
| Estonie | 190,8 (170) | 53,7 (72) | 4,3–10,8 | 2 228 082 |
| Irlande | 70,5 (215) | 2,8 (13) | – | 274 475 |
| Grèce | – | 42,9 (484) | 0,93–1,25 | 406 898 |
| Espagne | 11,4 (360) | 4,4 (166) | 0,19–0,21 | 1 990 136 |
| France | 6,7 (283) | 1,2 (76) | – | 13 800 000 |
| Croatie | 16,1 (46) | 0,2 (1) | 0,3–0,6 | 256 544 |
| Italie | 10,1 (390) | 3,4 (208) | – | – |
| Chypre | 12 (7) | 0 (0) | 0,2–0,4 | 0 |
| Lettonie | 12,4 (17) | 46 (94) | – | 311 188 |
| Lituanie | 34,7 (70) | 20,6 (62) | – | 196 446 |
| Luxembourg | 22,1 (8) | 7,6 (4) | 4,5–6,85 | 212 822 |
| Hongrie | 3,5 (24) | 0 (0) | 0,8 | 420 812 |
| Malte | 16,2 (4) | 0 (0) | – | 376 104 |
| Pays-Bas | 10,2 (113) | 0,4 (7) | 0,21–0,22 | 237 400 |
| Autriche | 28,1 (160) | 4,5 (38) | – | 4 625 121 |
| Pologne | 9,9 (271) | 1,1 (42) | – | 98 000 |
| Portugal | 4,2 (29) | 5,3 (56) | – | 1 341 710 |
| Roumanie | 2 (28) | 8 (170) | – | 1 074 394 |
| Slovénie | 18,4 (26) | 0,5 (1) | – | 553 426 |
| Slovaquie | 6,2 (24) | 0,2 (1) | – | 11 691 |
| Finlande | 58 (205) | 1,3 (7) | – | 3 539 009 |
| Suède | 62,6 (383) | 1,7 (16) | – | 73 125 |
| Royaume-Uni | 38,3 (1 598) | 1,8 (111) | 2,9–3,2 | 9 349 940 |
| Turquie | 3,1 (154) | 0,1 (6) | – | – |
| Norvège | 75,9 (250) | 2,2 (11) | 2,2–3,1 | 3 011 000 |
| Union européenne | 17,1 (5 686) | 3,5 (1 771) | – | – |
| UE, Turquie et Norvège | – | 3,1 (1 788) | – | – |

TABLEAU 7

SAISIES

| Pays | Héroïne | | Cocaïne | | Amphétamines | | Ecstasy | |
|------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | Quantité saisie | Nombre de saisies | Quantité saisie | Nombre de saisies | Quantité saisie | Nombre de saisies | Quantité saisie | Nombre de saisies |
| | kg | comptage | kg | comptage | kg | comptage | comprimés (kg) | comptage |
| Belgique | 112 | 1 953 | 19 178 | 3 349 | 58 | 2 641 | 26 874 (-) | 1 015 |
| Bulgarie | 285 | 44 | 115 | 30 | 84 | 68 | 6 164 (30) | 3 |
| République tchèque | 8 | 41 | 8 | 44 | 32 | 357 | 1 782 (0,01) | 12 |
| Danemark | 41 | 430 | 42 | 2 056 | 303 | 1 817 | 72 654 (-) | 523 |
| Allemagne | 242 | 3 381 | 1 258 | 3 618 | 1 196 | 11 919 | 313 179 (-) | 1 786 |
| Estonie | 0,0004 | 1 | 3 | 49 | 41 | 319 | 9 210 (0,01) | 56 |
| Irlande | 60 | 766 | 459 | 391 | 23 | 143 | 148 195 (6) | 311 |
| Grèce | 331 | 2 045 | 201 | 432 | 0,3 | 22 | 3 253 (0,4) | 7 |
| Espagne | 229 | 5 822 | 20 754 | 37 880 | 251 | 2 511 | 175 381 (-) | 2 128 |
| France | 701 | - | 5 602 | - | 307 | - | 156 337 (-) | - |
| Croatie | 30 | 192 | 6 | 132 | 3 | 268 | - (1,1) | 105 |
| Italie | 951 | 2 983 | 5 319 | 6 633 | 12 | 63 | 19 051 (20) | 138 |
| Chypre | 1 | 34 | 7 | 88 | 0,5 | 50 | 102 (0,1) | 9 |
| Lettonie | 1 | 427 | 1 | 28 | 30 | 820 | 847 (-) | 24 |
| Lituanie | 0,5 | 112 | 120 | 10 | 80 | 119 | 54 (-) | 8 |
| Luxembourg | 3 | 190 | 2 | 122 | 1 | 13 | 137 (-) | 10 |
| Hongrie | 3 | 26 | 13 | 118 | 30 | 492 | 12 437 (0,8) | 91 |
| Malte | 1 | 44 | 143 | 80 | 0,2 | 3 | 1 080 (-) | 27 |
| Pays-Bas | 750 | - | 10 000 | - | 681 | - | 2 442 200 (61) | - |
| Autriche | 222 | 393 | 65 | 912 | 35 | 607 | 8 998 (-) | 113 |
| Pologne | 36 | - | 213 | - | 618 | - | 31 092 (0,01) | - |
| Portugal | 66 | 971 | 4 020 | 1 238 | 0,2 | 44 | 867 (7) | 101 |
| Roumanie | 45 | 215 | 55 | 85 | 4 | 16 | 12 861 (0,02) | 112 |
| Slovénie | 20 | 439 | 27 | 251 | 9 | 203 | 960 (-) | 16 |
| Slovaquie | 0,3 | 82 | 2 | 19 | 11 | 607 | 529 (-) | 16 |
| Finlande | 0,07 | 47 | 26 | 147 | 139 | 2 616 | 23 623 (-) | 513 |
| Suède | 7 | 363 | 34 | 1 010 | 361 | 3 609 | 38 630 (3) | 441 |
| Royaume-Uni | 831 | 10 624 | 3 324 | 18 569 | 1 491 | 6 515 | 473 000 (-) | 3 716 |
| Turquie | 13 301 | 4 155 | 476 | 1 434 | 619 | 108 | 2 961 553 (357) | 4 445 |
| Norvège | 45 | 1 277 | 67 | 860 | 317 | 6 801 | 6 579 (2) | 274 |
| Union européenne | 4 977 | 31 625 | 70 997 | 77 291 | 5 802 | 35 842 | 3 979 497 (130) | 11 281 |
| UE, Turquie et Norvège | 18 323 | 37 057 | 71 540 | 79 585 | 6 737 | 42 751 | 6 947 629 (489) | 16 000 |

TABLEAU 7

SAISIES (continué)

| Pays | Résine de cannabis | | Herbe de cannabis | | Plants de cannabis | |
|------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | Quantité saisie kg | Nombre de saisies comptage | Quantité saisie kg | Nombre de saisies comptage | Quantité saisie plants (kg) | Nombre de saisies comptage |
| Belgique | 1 338 | 4 500 | 5 635 | 19 672 | 330 675 | 1 111 |
| Bulgarie | 15 967 | 4 | 1 319 | 127 | 13 072 (2 517) | 26 |
| République tchèque | 21 | 24 | 563 | 558 | 90 091 (-) | 259 |
| Danemark | 1 334 | 9 239 | 223 | 1 287 | – (1 401) | 675 |
| Allemagne | 2 386 | 6 490 | 4 942 | 28 744 | 97 829 (-) | 2 204 |
| Estonie | 5 | 48 | 25 | 466 | – (7) | 12 |
| Irlande | 1 185 | 527 | 1 020 | 1 843 | 11 601 (-) | 542 |
| Grèce | 44 | 145 | 22 383 | 6 262 | 34 040 (-) | 831 |
| Espagne | 325 563 | 179 993 | 10 457 | 150 206 | – (39 932) | 1 677 |
| France | 51 118 | – | 3 270 | – | 131 307 (-) | – |
| Croatie | 23 | 343 | 1 070 | 4 098 | 6 703 (-) | 211 |
| Italie | 21 893 | 6 184 | 21 496 | 4 660 | 4 122 617 (-) | 1 216 |
| Chypre | 0,1 | 20 | 100 | 863 | 385 (-) | 39 |
| Lettonie | 117 | 64 | 74 | 414 | – (335) | 4 |
| Lituanie | 424 | 23 | 96 | 242 | – (-) | – |
| Luxembourg | 1 | 83 | 30 | 774 | 39 (-) | 9 |
| Hongrie | 3 | 103 | 1 777 | 2 092 | 7 382 (-) | 193 |
| Malte | 16 | 96 | 3 | 50 | 46 (-) | 5 |
| Pays-Bas | 2 200 | – | 12 600 | – | 1 400 000 (-) | – |
| Autriche | 174 | 1 192 | 812 | 5 732 | – (173) | 210 |
| Pologne | 39 | – | 1 489 | – | 61 585 (-) | – |
| Portugal | 18 304 | 3 298 | 49 | 554 | 7 788 (-) | 397 |
| Roumanie | 27 | 1 492 | 335 | 262 | 3 125 (300) | 30 |
| Slovénie | 3 | 66 | 706 | 3 350 | 11 166 (-) | 174 |
| Slovaquie | 1 | 17 | 177 | 1 242 | 2 927 (-) | 38 |
| Finlande | 714 | 1 870 | – | 5 036 | 18 150 (66) | 3 339 |
| Suède | 1 091 | 6 761 | 641 | 7 611 | – | – |
| Royaume-Uni | 13 432 | 17 360 | 13 243 | 148 746 | 555 625 | 15 846 |
| Turquie | 27 413 | 6 881 | 124 673 | 57 744 | – | 3 646 |
| Norvège | 1 605 | 10 985 | 314 | 4 402 | – (133) | 364 |
| Union européenne | 457 424 | 239 942 | 104 535 | 394 891 | 6 906 153 (44 730) | 29 048 |
| UE, Turquie et Norvège | 486 442 | 257 808 | 229 522 | 457 037 | 6 906 153 (44 863) | 33 058 |

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
Rapport européen sur les drogues 2014 : tendances et évolutions
Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne
2014 — 80 pp. — 21 × 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-698-8
doi:10.2810/32680

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites

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

auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne. Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu> ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758

Publications payantes

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

Abonnements facturés

(par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne)

auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne
(http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm)



À propos de ce rapport

Le rapport *Tendances et évolutions* présente une analyse très complète du phénomène de la drogue en Europe. Il examine l'offre de drogue, les modes de consommation et les problèmes de santé publique ainsi que les politiques antidrogue et les réponses apportées au problème. Avec la base de données statistiques (*European Drug Report : Data and statistics*) en ligne, les *synthèses nationales* et les *perspectives sur les drogues*, il compose le dossier du Rapport européen sur les drogues 2014.

À propos de l'EMCDDA

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

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

