



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

FR

ISSN 2314-9108

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2013



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2013

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, danois, espagnol, estonien, finnois, français, grec, hongrois, italien, letton, lituanien, néerlandais, polonais, portugais, roumain, slovaque, slovène, suédois, tchèque et norvégien. 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, 2013

ISBN 978-92-9168-615-5

doi:10.2810/88585

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2013
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

Cais do Sodré, 1249-289 Lisbonne, Portugal
Tél. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

Table des matières

| | |
|----|--|
| 5 | Préface |
| 9 | Remarques préliminaires et remerciements |
| 11 | RÉSUMÉ Des problèmes liés aux drogues qui perdurent, d'autres plus récents — le paysage européen en 2013 |
| 17 | CHAPITRE 1 Offre de drogue en Europe |
| 31 | CHAPITRE 2 La consommation de drogue et les problèmes associés |
| 49 | CHAPITRE 3 Réponses aux problèmes liés aux drogues |
| 61 | CHAPITRE 4 Politiques antidrogue |
| 67 | ANNEXE Tableaux de données nationales |

Préface

Cette année, la synthèse annuelle du phénomène de la drogue réalisée par l'EMCDDA est présentée dans un nouveau format, rassemblant différents documents, le rapport européen sur les drogues (European Drug Report - EDR) 2013 propose un accès centralisé aux travaux de l'EMCDDA et permettra aux différents publics de l'observatoire d'accéder aisément aux informations spécifiques recherchées. Il fournit une analyse plus actuelle, incluant davantage de liens interactifs vers d'autres ressources. Cette présentation plus moderne est nécessaire afin de rester en phase avec l'évolution rapide du phénomène de la drogue, mais aussi avec les besoins croissants et les attentes changeantes de nos publics.

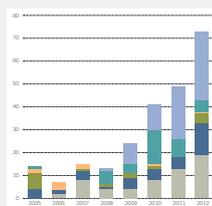
Ce rapport (également accessible en ligne) constitue l'élément central du dossier d'information EDR : Il inclut une synthèse des tendances et des évolutions du phénomène de la drogue. Les perspectives sur les drogues (Perspectives on drugs - POD) qui l'accompagnent développent des informations plus détaillées sur des sujets majeurs. Les thèmes choisis cette année sont, entre autres, les nouvelles approches du traitement de l'hépatite C, les usages les plus problématiques de cannabis et les moyens de lutte contre les nouveaux produits de synthèse de plus en plus répandus. Le dispositif EDR est également complété par le bulletin statistique et les synthèses nationales, qui présentent des données et une analyse à l'échelle de chaque pays.

RAPPORT EUROPÉEN SUR LES DROGUES 2013

Ensemble d'éléments interconnectés permettant d'accéder à l'intégralité des données et analyses relatives au phénomène des drogues en Europe



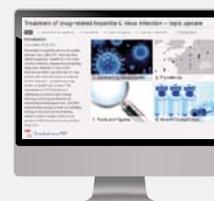
Tendances et évolutions :
analyse détaillée des principales évolutions



Bulletin statistique :
tableaux de données, infographies et repères méthodologiques



Synthèses nationales :
données et analyses nationales immédiatement accessibles



Perspectives sur les drogues :
dispositifs interactifs consacrés à des thèmes clés

Cette approche coïncide avec le lancement d'une nouvelle stratégie européenne antidrogue pour 2013-2020, dans laquelle l'Union européenne réaffirme son engagement en faveur d'une approche des problèmes de drogue qui soit équilibrée et fondée sur des données vérifiées. Un pan important de la mission de l'EMCDDA consiste à faciliter la fourniture des informations nécessaires à la mise en œuvre de cette stratégie. Bon nombre des évolutions positives observées sur le front de la drogue en Europe sont le fruit d'un débat alimenté à la fois par une connaissance de plus en plus approfondie de cette problématique et une évaluation scientifique rigoureuse des réponses qui peuvent être apportées. Nous sommes fiers du rôle joué par l'EMCDDA dans ce domaine.

Cela ne nous empêche pas d'être conscients des défis qui nous attendent. La stratégie européenne antidrogue devra s'inscrire dans un nouveau paysage politique, dont plusieurs aspects sont décrits dans ce présent rapport, notamment l'amélioration nécessaire de l'offre de services pour les consommateurs de drogue en prison et l'importance croissante des drogues de synthèse. Cette stratégie sera mise en œuvre dans un contexte d'incertitude économique et de grands changements sociaux et de développement à l'échelle mondiale. La mondialisation et l'innovation technologique influencent tous les domaines de la vie moderne, notamment les problèmes de drogue auxquels nous sommes confrontés. En tant qu'agence d'information, nous répondons à cette évolution en proposant des ressources actualisées et adaptables qui couvrent un large spectre. Nous sommes convaincus que le rapport européen sur les drogues, tant dans sa substance que dans sa forme, constitue un pas en avant majeur en vue de relever les défis qui se présentent à nous. Que les lecteurs soient à la recherche d'un aperçu stratégique du phénomène de la drogue ou d'une analyse approfondie des données statistiques en la matière, nous espérons que ce rapport leur permettra d'accéder facilement aux nombreuses ressources désormais disponibles dans ce domaine.

João Goulão

Président du conseil d'administration de l'EMCDDA

Wolfgang Götz

Directeur de l'EMCDDA

Remarques préliminaires et remerciements

Ce rapport se fonde sur les informations fournies à l'EMCDDA par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats, la Croatie et la Turquie, ainsi que la Norvège.

Les données statistiques rapportées ici concernent l'année 2011 ou l'année la plus récente disponible. Ces chiffres et tendances concernant l'Europe proviennent des pays qui ont fourni des données suffisantes et 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 consultées en ligne dans la version anglaise de ce rapport, ainsi que dans le bulletin statistique 2013 de l'EMCDDA, 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 l'Office européen de police (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 (ESPAD) 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 Compositores Rali.

Points focaux nationaux Reitox

Reitox est le réseau européen d'information sur la drogue et la toxicomanie. Il se compose des correspondants nationaux situés dans les États membres de l'UE, en Norvège, dans les pays candidats 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

**Aujourd'hui, le marché de la drogue
semble plus fluide et dynamique
et moins structuré autour de
l'acheminement sur de longues
distances à destination des marchés de
consommation d'Europe des substances
d'origine végétale**

Des problèmes liés aux drogues qui perdurent, d'autres plus récents — le paysage européen en 2013

Les principaux éléments constituant le paysage européen de la drogue sont restés relativement stables ces dernières années. La consommation de drogue est historiquement élevée, mais des changements positifs peuvent être observés, avec notamment un niveau record du nombre de traitements dispensés accompagnés de signes d'érosion du recours à l'injection, du nombre de nouveaux usagers d'héroïne et de la consommation de cocaïne et de cannabis. Cette note optimiste doit cependant être tempérée par la crainte de voir le chômage des jeunes et les coupes budgétaires opérées faire ressurgir d'anciens problèmes. De plus, un examen attentif montre que la situation en matière de drogue est en constante fluctuation. De «nouveaux» problèmes qui remettent en question les politiques et les modèles de pratiques actuels émergent : apparition de nouveaux produits de synthèse et de nouveaux types d'usage, tant sur le marché des drogues illicites que dans le cadre des substances non réglementées.

Aujourd'hui, le marché de la drogue semble plus fluide et dynamique et moins structuré autour de l'acheminement sur de longues distances à destination des marchés de consommation d'Europe des substances d'origine végétale. La mondialisation et l'évolution des technologies de l'information sont pour beaucoup dans ces évolutions. Dans les pays à faible et moyen revenu, les modes de consommation de drogue changent, ce qui pourrait également avoir des répercussions sur les problèmes à venir en Europe. Internet constitue une source croissante de problèmes puisqu'il facilite la diffusion rapide des nouvelles tendances tout en favorisant l'essor d'un marché anonyme d'envergure internationale. Il favorise de nouvelles interconnexions dans le monde de la consommation et de l'offre de drogue. Mais il permet par ailleurs d'identifier des solutions innovantes pour la fourniture de traitements, la prévention et la réduction de risques.

Les implications de ces changements pour la santé publique ne sont pas encore pleinement connues. Certains signes montrent que les politiques actuelles ont trouvé une assise dans plusieurs domaines importants mais que les évolutions constantes du phénomène de la drogue exigent d'ajuster les pratiques actuelles afin qu'elles soient ciblées et pertinentes.

Cannabis

Malgré certains signes d'une tendance à la baisse, en particulier dans les pays ayant des antécédents de prévalence élevée, la consommation de cannabis en Europe reste importante par rapport aux niveaux passés. Un marché étendu et relativement solide existe sur le continent pour cette substance. Par ailleurs, les types de substances à base de cannabis sont de plus en plus diversifiés. L'herbe de cannabis, dont la teneur en principe actif est parfois très élevée, joue désormais un rôle plus important, en parallèle avec l'apparition récente de produits de synthèse «analogues au cannabis». Ces deux évolutions pourraient poser problème du point de vue de la santé publique. Étant la drogue la plus consommée, le cannabis constitue un volet important du travail de prévention auprès des jeunes. Dans ce domaine, un intérêt croissant est porté aux stratégies de prévention environnementale. En effet, celles-ci semblent être efficaces en matière de réduction des problèmes liés à la consommation de substances licites comme le tabac et l'alcool.

Toute évolution positive des indicateurs de consommation globale de cannabis en Europe doit être interprétée dans le contexte d'une situation assez hétérogène à l'échelon national. Ainsi, certains pays font régulièrement état de niveaux de prévalence faibles et stables, tandis que la consommation de cannabis dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale a sensiblement augmenté au cours des années 2000. En outre, les tendances doivent aussi être examinées en matière de modes d'usage, la consommation régulière et de longue durée entraînant le plus d'effets néfastes. Les problèmes liés au cannabis sont désormais mieux cernés et compris en Europe. Cette drogue est la deuxième substance la plus souvent citée par les personnes entamant un traitement spécialisé en lien avec leur consommation. Bien que la plupart des personnes entamant un tel traitement soient des hommes relativement jeunes, les consommateurs chroniques plus âgés mentionnent de plus en plus de problèmes liés à leur usage.

Par ailleurs, les questions liées au cannabis divisent l'opinion publique et, dans certains pays, la politique de lutte contre la drogue distingue explicitement le cannabis des autres substances.

Héroïne et autres opiacés

Face à l'augmentation globale de l'offre de traitements aux héroïnomanes, les indicateurs suggèrent que la consommation et la disponibilité de cette drogue tendent à diminuer. La tendance à long terme est à la baisse en

ce qui concerne les quantités d'héroïne saisies et, plus récemment, le nombre de saisies a également commencé à diminuer. Certains pays indiquent que, au cours de la dernière décennie, l'héroïne a été supplantée sur le marché par d'autres opiacés. D'autres pays ont connu plus récemment des perturbations de marché ou des pénuries, généralement suivies d'une récupération partielle.

Le nombre d'héroïnomanes entamant un traitement pour la première fois continue aussi à diminuer. D'une façon générale, les patients en traitement pour dépendance à l'héroïne appartiennent à des générations vieillissantes. Les décès liés aux opiacés sont également en recul depuis quelques années. Pendant longtemps, les héroïnomanes ont eu recours à l'injection, mais cette pratique est aujourd'hui sur le déclin. Cette évolution, couplée à l'impact des prises en charge, a probablement contribué à la diminution du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH liés à la consommation de drogue. Un changement préoccupant a cependant été observé : en Grèce et en Roumanie, des épidémies récentes de VIH liées à l'injection ont arrêté cette tendance positive. Ce changement montre que, pour que l'Europe continue à voir une diminution des problèmes sur ce front, il importe de renforcer sans cesse les réponses, surtout en matière de réduction des risques et d'efficacité des traitements de la toxicomanie. Quelles que soient les nouvelles tendances de la consommation d'héroïne, ce problème complexe restera une priorité pour les services de traitement de la toxicomanie pendant de nombreuses années encore. Compte tenu des nombreux toxicomanes en contact avec ces services, il est de plus en plus nécessaire de se concentrer sur la continuité des soins et les services de réinsertion sociale, et d'établir un consensus sur les résultats à long terme que l'on souhaite obtenir en termes de traitement.

Face à l'augmentation globale de l'offre de traitements aux héroïnomanes, les indicateurs suggèrent que la consommation et la disponibilité de cette drogue tendent à diminuer

Cocaïne

Seuls quelques pays font état de problèmes relatifs à l'usage de crack et, lorsque c'est le cas, cette consommation va souvent de pair avec un usage problématique d'autres substances, dont l'héroïne. La consommation de cocaïne en poudre est beaucoup plus courante mais tend à être concentrée dans un nombre relativement faible de pays d'Europe occidentale. Dans l'ensemble, l'usage de cocaïne et les indicateurs de l'offre de cette substance ont eu tendance à diminuer ces dernières années. L'importante diminution des quantités saisies est probablement due, en partie, à la diversification des itinéraires et des techniques d'acheminement par les groupes criminels organisés. La péninsule Ibérique continue à enregistrer des saisies importantes, mais proportionnellement moindres que par le passé. En revanche, les chiffres des saisies de cocaïne en Europe orientale sont préoccupants et suscitent des interrogations quant au risque de voir l'usage de cette drogue s'étendre.

Dans les pays à plus forte prévalence, les conclusions des enquêtes et les données d'admission en traitement font apparaître une diminution récente de la consommation de cocaïne, même si celle-ci reste élevée par rapport aux niveaux passés. Le nombre de décès associés à l'usage de cocaïne a légèrement diminué, mais il convient d'interpréter avec prudence les données dans ce domaine. De graves problèmes liés à la consommation de cocaïne ont été constatés chez des patients qui s'étaient présentés aux services d'urgence des hôpitaux dans différents pays européens. Notre capacité à surveiller les problèmes dans ce domaine est toutefois limitée. En matière de traitement, de nombreux pays proposent désormais des services spécialisés aux usagers problématiques de cocaïne. Par ailleurs, les connaissances scientifiques en la matière mettent en lumière la pertinence des interventions psychosociales.

Stimulants de synthèse

Comprendre les tendances générales relatives à l'usage des stimulants de synthèse est compliqué par le fait que ces substances se substituent souvent les unes aux autres et que les consommateurs font leurs choix en fonction de la disponibilité des produits, du prix et de la «qualité» perçue. L'amphétamine et l'ecstasy restent les stimulants de synthèse les plus couramment consommés en Europe où, dans une certaine mesure, ils concurrencent la cocaïne. L'amphétamine demeure une composante importante du paysage de la consommation de drogue dans nombre de pays. Son usage par injection constitue depuis longtemps un problème majeur dans de nombreux

pays du nord. Sur le long terme, la plupart des indicateurs relatifs aux amphétamines restent stables. Toutefois, des données récentes suggèrent une disponibilité accrue de la méthamphétamine, qui supprime désormais l'amphétamine sur certains marchés. Certaines données font apparaître un recul de la popularité de l'ecstasy ces dernières années, une évolution qui s'explique probablement par le fait que de nombreux comprimés vendus comme de l'ecstasy ne contenaient pas de MDMA ou en faible teneur. Récemment, les producteurs d'ecstasy semblent être davantage parvenus à se fournir en MDMA, ce qui a pour effet de modifier la composition des comprimés. De premiers signes qui méritent d'être confirmés laissent présager que cela se traduira par un regain d'intérêt pour cette drogue.

Les stimulants de synthèse, surtout à fortes doses, peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé et quelques décès sont signalés chaque année. Pour les consommateurs de stimulants qui éprouvent des problèmes, le premier point de contact avec un service de traitement est souvent le service des urgences d'un hôpital. Des projets européens sont en cours afin d'améliorer le suivi dans ce domaine et de formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité des interventions d'urgence en rapport avec les drogues dans les lieux de vie nocturne. Bien que les décès liés à l'usage de stimulants de synthèse soient relativement rares, ils suscitent de profondes préoccupations, surtout s'ils touchent de jeunes adultes par ailleurs en bonne santé. L'apparition de nouvelles substances psychoactives de toxicité inconnue complique encore cette situation. Un exemple récent est l'émergence, sur le marché des drogues illicites, de la 4-MA, une substance stimulante non contrôlée qui a été signalée pour la première fois en 2009 et qui est vendue comme de l'amphétamine ou en mélange avec celle-ci. Une série de décès associés à cette substance est à l'origine d'une évaluation des risques et des recommandations qui l'ont suivie concernant des mesures de contrôle à l'échelle européenne.

Nouveaux produits de synthèse

Un nombre croissant de nouveaux produits de synthèse, souvent conçus pour imiter les effets des drogues réglementées, peut désormais être trouvé en Europe. Certaines de ces substances sont vendues directement sur le marché illicite, tandis que d'autres, les legal highs ou «euphorisants légaux», sont commercialisées plus ouvertement. Dans ce domaine, les évolutions sont rapides et de nouvelles substances apparaissent régulièrement. Une nouvelle substance peut parfois parvenir à s'imposer comme une drogue recherchée sur le

marché illicite. L'exemple le plus récent est la méphédrone. En 2013, le système d'alerte précoce de l'UE continue à recevoir des notifications concernant l'apparition d'environ une nouvelle substance chaque semaine. Les dernières années ont été dominées par l'apparition de nouveaux agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes, les phénéthylamines et les cathinones, qui pour l'essentiel imitent les drogues illicites les plus populaires. Une évolution plus récente est cependant à noter à cet égard : l'émergence d'une proportion croissante de substances provenant de groupes chimiques moins connus et plus obscurs. Un grand nombre des produits en vente contiennent des mélanges de substances. De plus, le manque de données pharmacologiques et toxicologiques rend difficile toute réflexion sur les implications sanitaires à long terme de l'usage de ces substances. Quoi qu'il en soit, les données en la matière montrent de plus en plus que ces substances provoquent des problèmes nécessitant des interventions cliniques. Qui plus est, des décès ont été enregistrés.

La Commission européenne prépare une nouvelle proposition visant à renforcer la réponse de l'UE aux nouvelles substances psychoactives. Bien que celles-ci soient consommées principalement par de jeunes consommateurs récréatifs, elles se sont également diffusées parmi les populations d'utilisateurs problématiques. Des pays ayant fait état de pénuries d'héroïne ont pu constater le remplacement des opiacés par des stimulants de synthèse, en particulier des cathinones. La raison de ce passage de l'héroïne injectée aux cathinones n'est pas claire, mais elle pourrait être liée à la grande disponibilité et à la haute qualité perçue des nouvelles drogues. L'augmentation d'un recours à l'injection, des problèmes de santé mentale et des dommages physiques suscite des préoccupations de santé publique. À ce jour, les pays ont testé diverses mesures de contrôle pour faire face au problème des nouveaux produits de synthèse. Il est également nécessaire même si cette voie a été jusqu'à présent moins développée d'identifier et de mettre en place des réponses appropriées en matière de réduction de la demande.

1

Le cannabis est de loin la drogue la plus souvent saisie en Europe, ce qui reflète la forte prévalence de sa consommation

Offre de drogue en Europe

L'Europe est une destination importante pour les substances réglementées et joue également un rôle 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. Toutefois, la dynamique du marché moderne de la drogue fait que d'autres régions du monde gagnent en importance à cet égard. 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 croissante des «nouveaux produits de synthèse» non réglementés par les traités internationaux antidrogue constitue une évolution relativement récente sur les 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 aux côtés de substances réglementées 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, structures de production de drogue démantelées, saisies de précurseurs chimiques, infractions liées à l'offre de drogue et analyses médico-légales des saisies de drogue. Des données exhaustives et des repères méthodologiques approfondis sont proposés dans le bulletin statistique. Il convient de noter que les tendances peuvent être influencées par divers facteurs, parmi lesquels le taux d'activités des forces répressives et l'efficacité des mesures d'interdiction. Les données relatives aux nouveaux produits de synthèse 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».

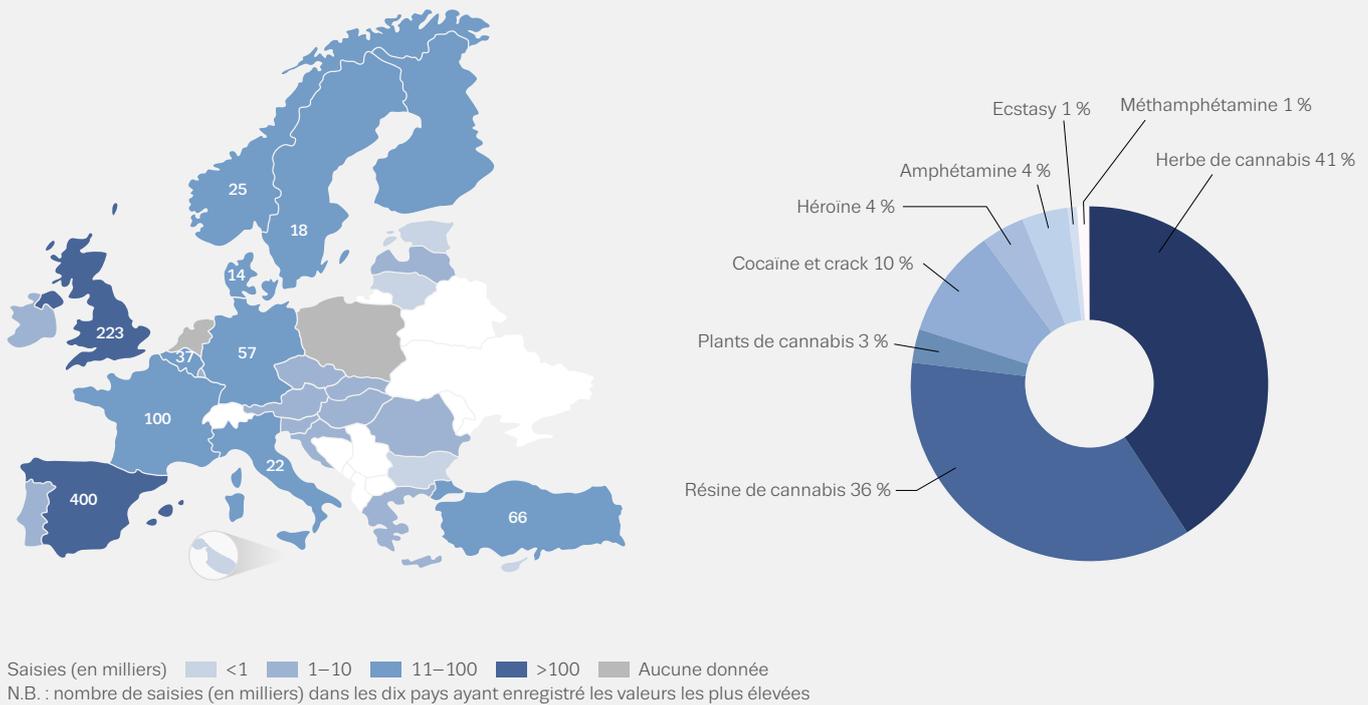
Un million de saisies de drogues illicites en Europe

Une hausse considérable a été observée au niveau de la tendance à long terme du nombre de saisies de drogues illicites en Europe. Ainsi, pas moins d'un million de saisies ont été signalées en 2011. Dans la plupart des cas, il s'agissait de petites quantités de drogue confisquées à des usagers, bien que ce chiffre total comprenne aussi des colis de plusieurs kilos saisis aux mains de trafiquants ou de producteurs.

En 2011, la majorité des saisies ont été déclarées par deux pays, l'Espagne et le Royaume-Uni, mais la Belgique et

FIGURE 1.1

Nombre de saisies déclarées par pays (à gauche), et proportion de saisies pour les principales drogues (à droite) (2011)



quatre pays nordiques ont également fait état d'un nombre de saisies relativement élevé. Un autre pays à avoir enregistré d'importantes saisies de drogues est la Turquie. Une partie des saisies effectuées étaient destinées à être consommées dans d'autres pays, tant en Europe qu'au Moyen-Orient.

Le cannabis est de loin la drogue la plus souvent saisie en Europe (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 et a considérablement reculé ces dernières années.

Cannabis : modifications de l'offre

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 2 500 tonnes.

L'herbe de cannabis que l'on trouve en Europe est tantôt cultivé localement, tantôt importé de pays voisins, bien que certains rapports fassent état d'importations depuis d'autres régions, dont l'Afrique. La majeure partie de la résine de cannabis est importée du Maroc par bateau ou

par avion. Au niveau européen, les saisies de résine sont, en moyenne, supérieures en taille à celles d'herbe.

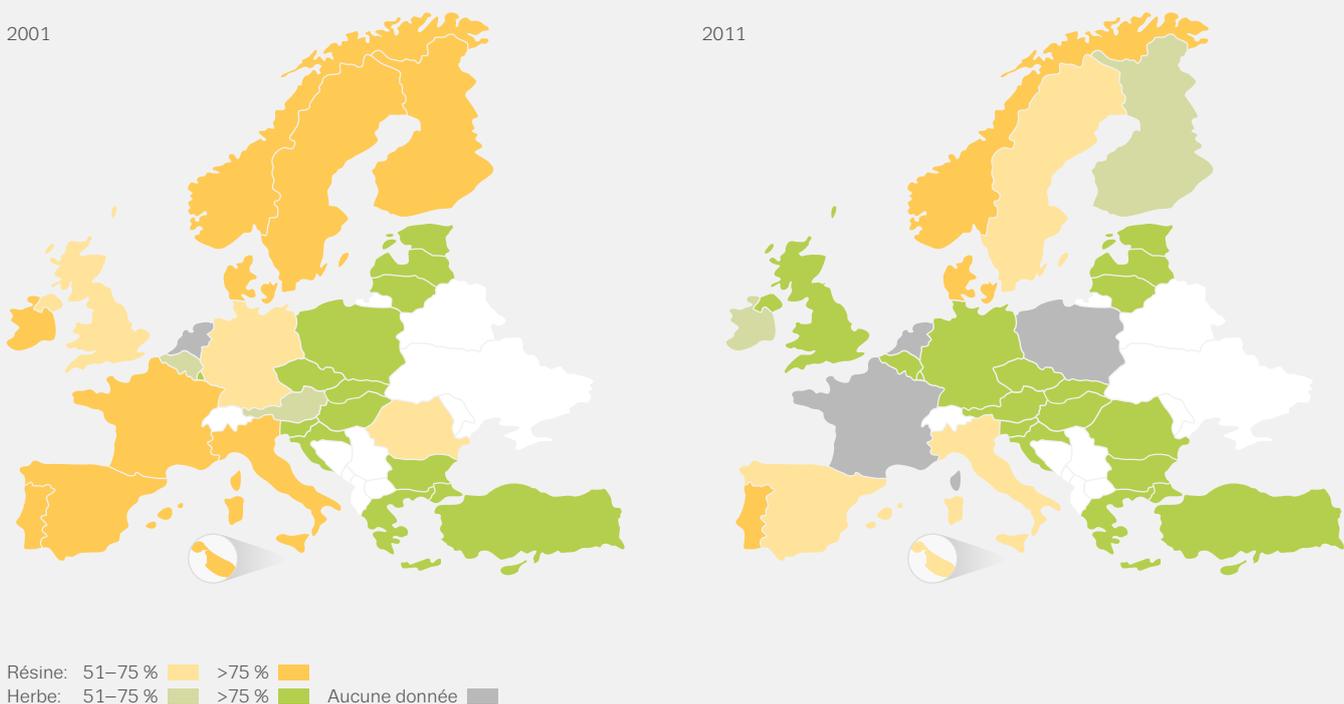
Au cours des dix dernières années, le nombre de saisies d'herbe de cannabis a dépassé celui de la résine et représente maintenant plus de la moitié des saisies totales de cannabis (figure 1.3). Cette évolution reflète en partie la disponibilité croissante de l'herbe de cannabis produite localement dans de nombreux pays. Néanmoins, la quantité de résine de cannabis saisie, bien qu'en régression ces dernières années, demeure supérieure à la quantité déclarée d'herbe de cannabis saisie (483 tonnes contre 92 tonnes en 2011).

Les tendances européennes concernant les saisies de cannabis doivent être considérées en tenant compte du fait que les données provenant d'un nombre limité de pays ont une importance disproportionnée (figure 1.4). 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 de résine saisie en Europe en 2011. 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 est le pays qui saisit les plus grosses quantités d'herbe de cannabis.

Les saisies de plants de cannabis peuvent être considérées comme un indicateur de la production domestique, même

FIGURE 1.2

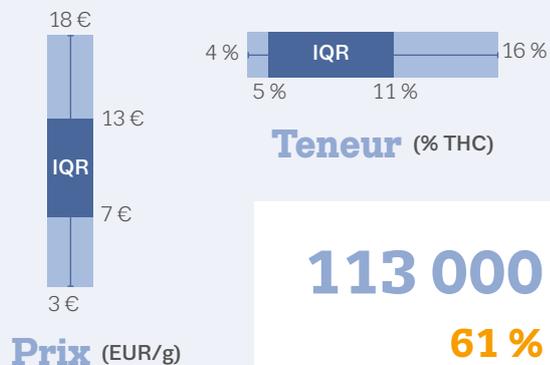
Type de cannabis (résine ou herbe) saisi en 2001 et 2011



CANNABIS

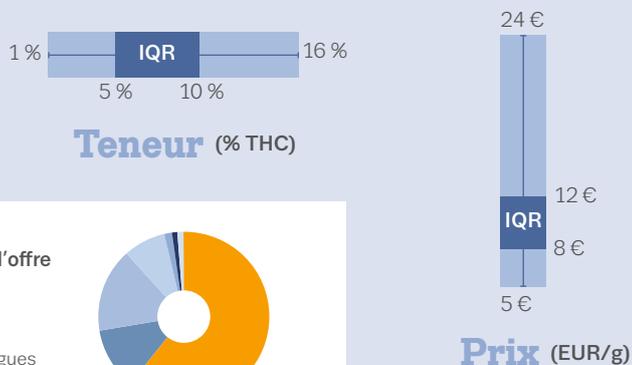
Résine

483 tonnes saisies **345 000** saisies
504 tonnes saisies, y compris en Turquie **353 000** saisies, y compris en Turquie



Herbe

92 tonnes saisies **398 000** saisies
147 tonnes saisies, y compris en Turquie **439 000** saisies, y compris en Turquie



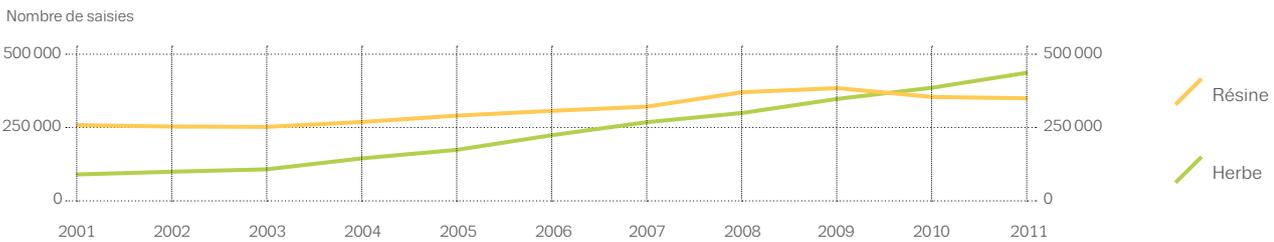
113 000 infractions liées à l'offre

61 % d'infractions liées au trafic pour les six drogues principales

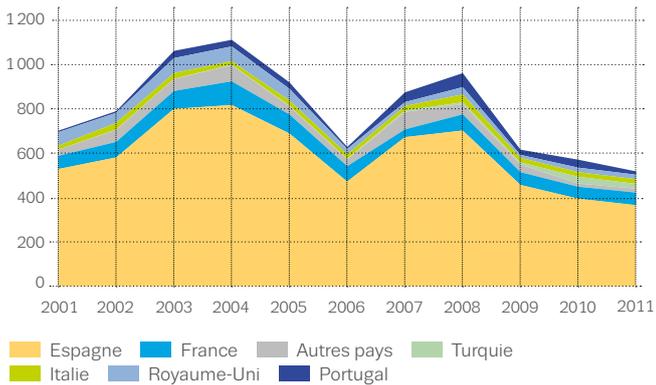
Prix et teneur des produits à base de cannabis : valeurs nationales moyennes, minimum, maximum et intervalle interquartile (IQR). Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.3

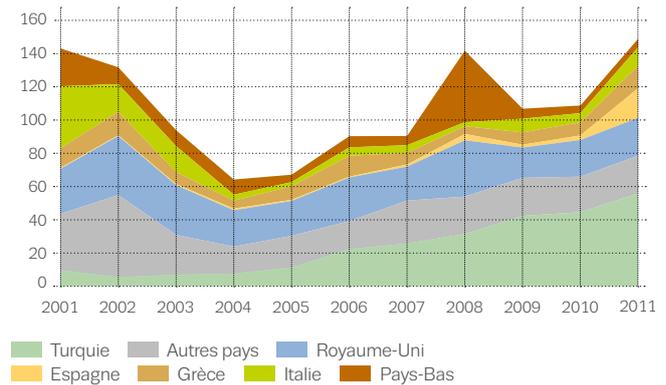
Nombre de saisies de cannabis et quantités saisies en tonnes : résine et herbe entre 2001 et 2011



Résine (Tonnes)



Herbe (Tonnes)



si la qualité des données disponibles en la matière pose problème pour effectuer des comparaisons. En 2011, 31 000 saisies de plants de cannabis ont été recensées en Europe. Ces données portent à la fois sur le nombre de plants saisis (4,4 millions au total) et sur les quantités (33 tonnes). Les nombres les plus élevés de plants saisis ont été déclarés par les Pays-Bas (2 millions), l'Italie (1 million) et le Royaume-Uni (627 000), tandis que l'Espagne (26 tonnes) et la Bulgarie (5 tonnes) ont déclaré les plus grosses saisies en termes de poids.

Une nouvelle dimension : les agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes

La récente disponibilité de produits contenant des agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes, qui imitent les effets des composés psychoactifs naturellement présents dans le cannabis, ajoute une nouvelle dimension au marché du cannabis. Ces produits, qui peuvent être extrêmement puissants, ont été signalés dans la quasi-totalité des pays européens. Des colis de plusieurs kilos sous forme de poudre sont régulièrement importés d'Asie, la transformation et l'emballage s'effectuant en Europe. Par ailleurs, des données font état de l'existence de précurseurs transitant par l'Europe, comme le montre la saisie récente de presque 15 kilos de poudre pure d'agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes en provenance de Chine mais destinée à la Russie.

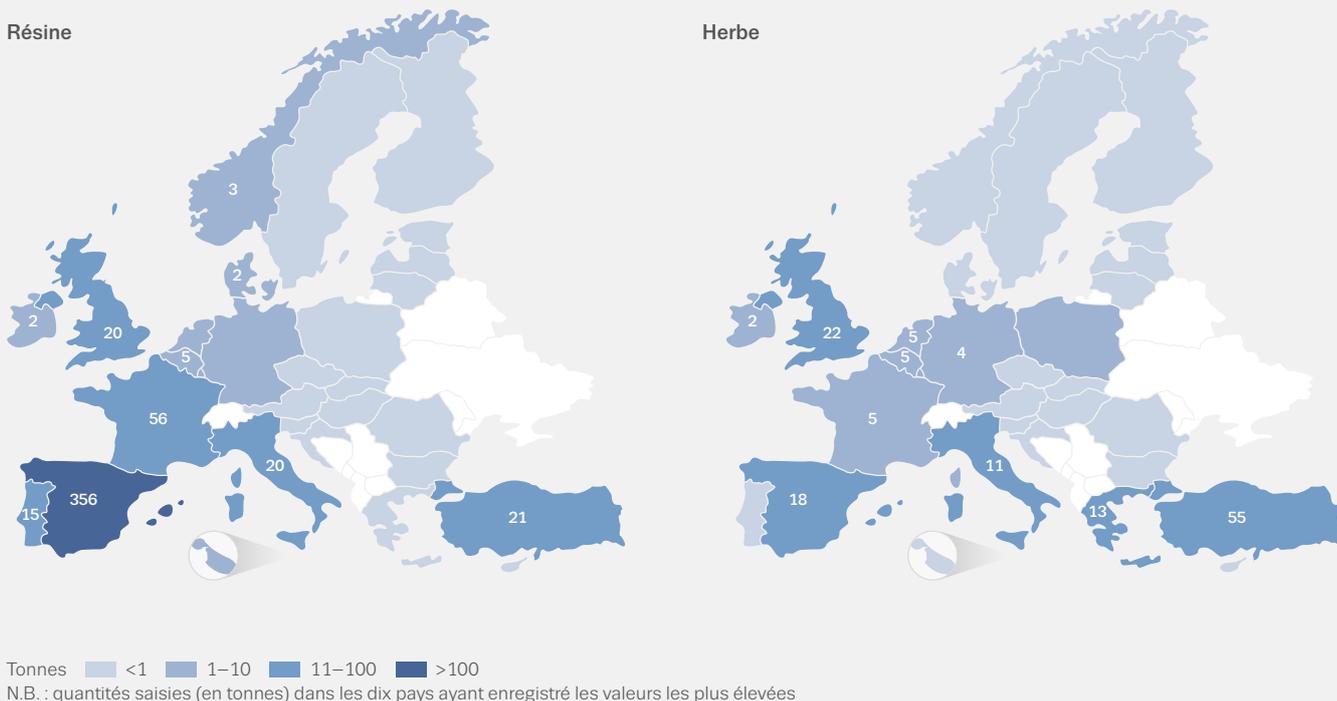
Héroïne : des signes de déclin

Deux formes d'héroïne importée sont proposées classiquement 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 «maison» à base de pavot dont la fabrication a été signalée dans certaines régions d'Europe orientale.

La quantité d'héroïne saisie en 2011 a été la plus faible de la dernière décennie, et équivalait à environ la moitié seulement de la quantité saisie en 2001

FIGURE 1.4

Quantités de résine de cannabis (à gauche) et d'herbe de cannabis (à droite) saisies en 2011



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 que sont l'Iran et le Pakistan. Deux voies d'acheminement clandestin vers l'Europe sont utilisées : historiquement l'itinéraire le plus important est la «route des Balkans», qui va vers l'ouest en traversant la Turquie pour arriver dans les pays balkaniques (Bulgarie, Roumanie ou

Albanie) et continuer vers l'Europe centrale, méridionale et occidentale. Plus récente, la «route du nord» ou «route de la soie» suit la direction nord vers la Russie en passant par les anciennes républiques soviétiques d'Asie centrale. D'une manière générale, cependant, la situation semble aujourd'hui plus nébuleuse, avec des envois d'héroïne d'Iran ou du Pakistan qui pénètrent en Europe par air ou par mer, soit directement, soit en transitant par l'Afrique occidentale ou orientale.

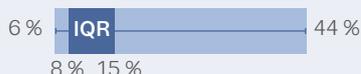
HÉROÏNE

6,1 tonnes saisies

40 500 saisies

13,4 tonnes saisies, y compris en Turquie

43 800 saisies, y compris en Turquie



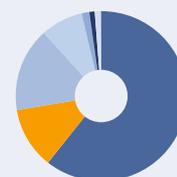
Pureté (%)



Prix (EUR/g)

23 300 déclarations d'infractions liées à l'offre

12 % d'infractions liées au trafic pour les six drogues principales

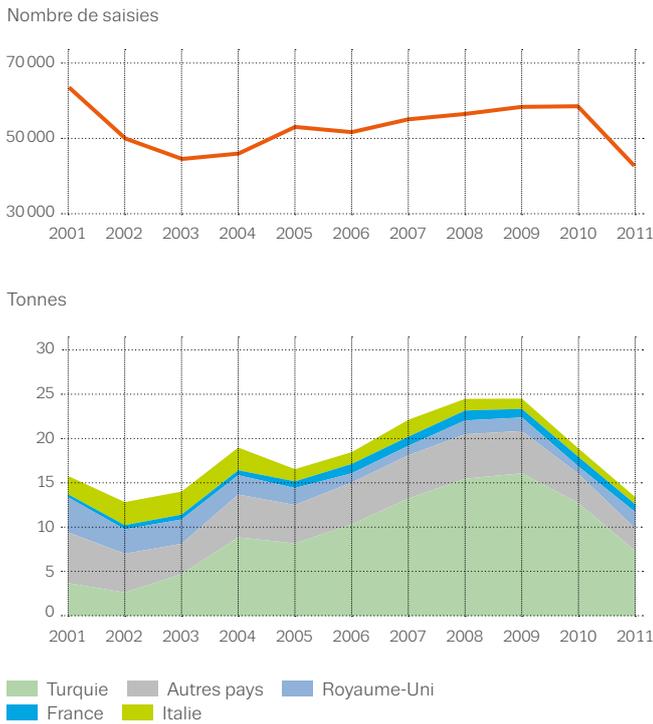


Prix et pureté de l'«héroïne brune» : valeurs nationales moyennes, minimum, maximum et intervalle interquartile (IQR).

Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.5

Nombre de saisies d'héroïne et quantités saisies entre 2001 et 2011

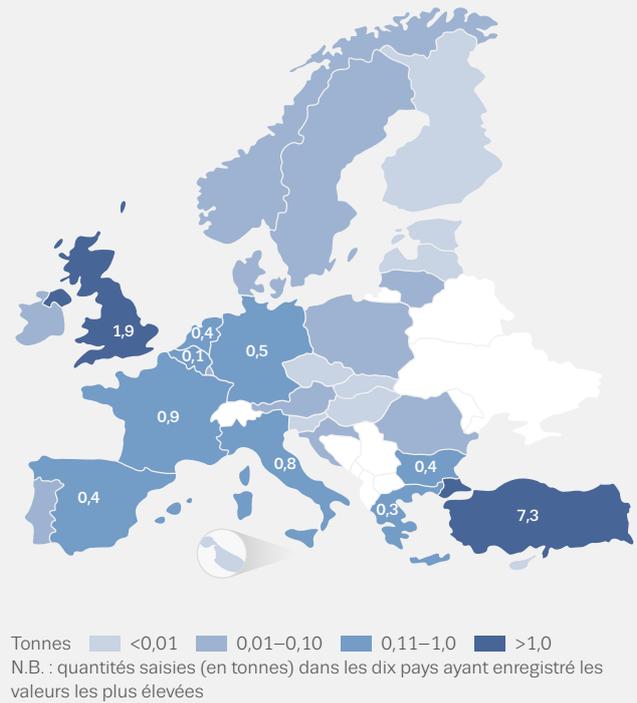


La quantité d'héroïne saisie en 2011 (6,1 tonnes) a été la plus faible de la dernière décennie, et équivalait à environ la moitié seulement de la quantité saisie en 2001 (12 tonnes). Sur la même période (2001-2011), le nombre de saisies déclarées a également baissé, passant d'un pic de 63 000 en 2001 à environ 40 500 en 2011. Dans une certaine mesure, cette baisse peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de saisies effectuées entre 2002 et 2009 par la Turquie, qui ont été en permanence supérieures à celles de tous les autres pays réunis depuis 2006 (figure 1.5). La Turquie a cependant fait état de diminutions notables des quantités saisies en 2010 et 2011.

En plus du recul observé au niveau des saisies d'héroïne et des infractions liées à l'offre de cette substance, de graves perturbations du marché à court terme, probablement dues à l'efficacité des mesures d'interdiction appliquées sur la route des Balkans, ont été notées récemment. Plusieurs pays comptant une population relativement nombreuse d'héroïnomanes ont connu une importante pénurie d'héroïne fin 2010 et début 2011, dont seuls certains marchés semblent s'être relevés.

FIGURE 1.6

Quantités d'héroïne saisies en 2011



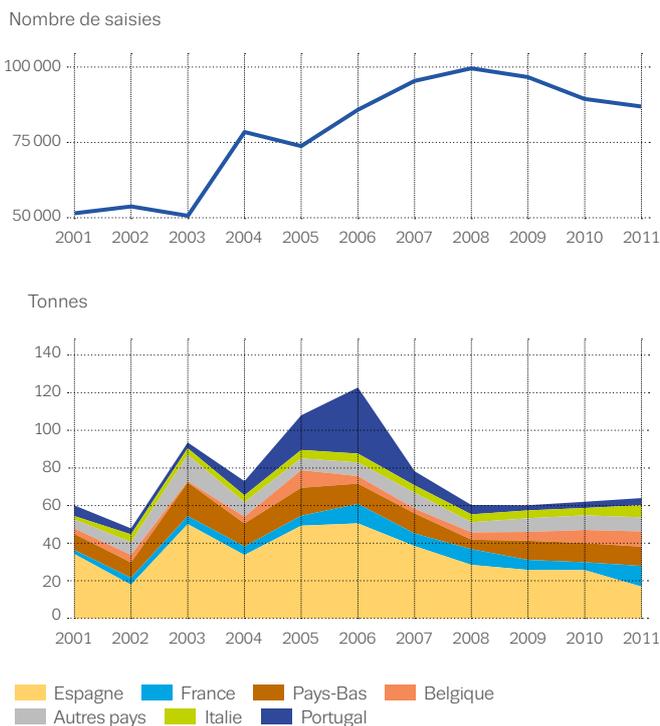
Cocaïne : des changements dans le trafic ?

Deux formes de cocaïne sont disponibles en Europe, 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 principal itinéraire du trafic de cocaïne vers l'Europe semble passer par la péninsule ibérique (Espagne et Portugal), mais le recours accru au transport en conteneurs pourrait avoir conféré plus d'importance aux grands ports de Belgique, des Pays-Bas et d'autres pays d'Europe occidentale. D'importantes saisies individuelles effectuées dans des ports de Bulgarie, de Grèce, de Roumanie et des États baltes indiquent une diversification des itinéraires du trafic de cocaïne vers l'Europe.

Toute la cocaïne n'arrive pas en Europe sous une forme prête à la commercialisation, ce qui explique qu'une série de «laboratoires» clandestins ont été démantelés ces dernières années. L'Espagne a détecté et démantelé 73 installations de ce type entre 2008 et 2010, dont une majorité de laboratoires d'extraction secondaire, chargés de séparer la cocaïne des autres matières dans lesquelles elle avait été dissimulée, comme de la cire d'abeille, des engrais, des plastiques, des denrées alimentaires ou des vêtements.

FIGURE 1.7

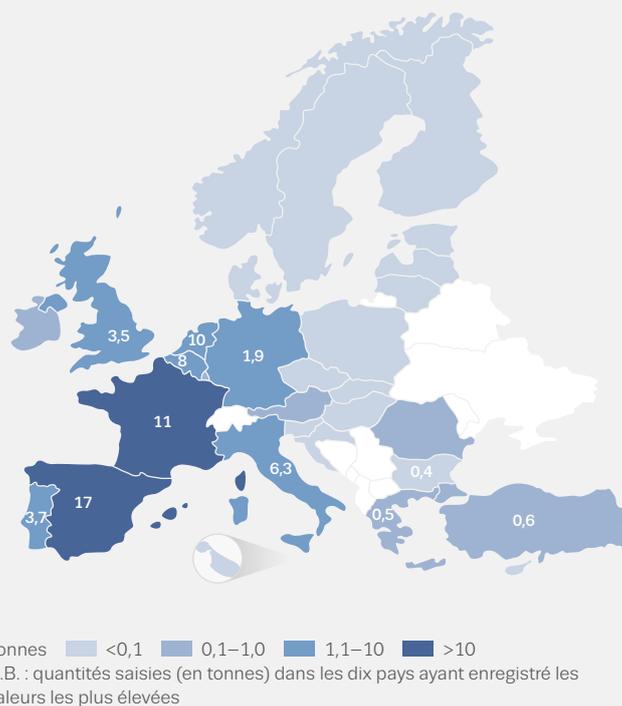
Nombre de saisies de cocaïne et quantités saisies entre 2001 et 2011



En 2011, quelque 86 000 saisies de cocaïne ont été déclarées en Europe, atteignant une quantité totale de 62 tonnes. Cela représente une chute de près de 50 % par rapport aux 120 tonnes de cocaïne saisies lors de l'année record de 2006. Le nombre de saisies a également baissé, mais de façon moins marquée, après avoir atteint un pic de 100 000 saisies en 2008 (figure 1.7). C'est dans la péninsule Ibérique que la diminution des quantités de cocaïne saisies est la plus notable, puisque le total intercepté par l'Espagne et le Portugal est tombé de 84 tonnes en 2006 à 20 tonnes en 2011. La quantité de

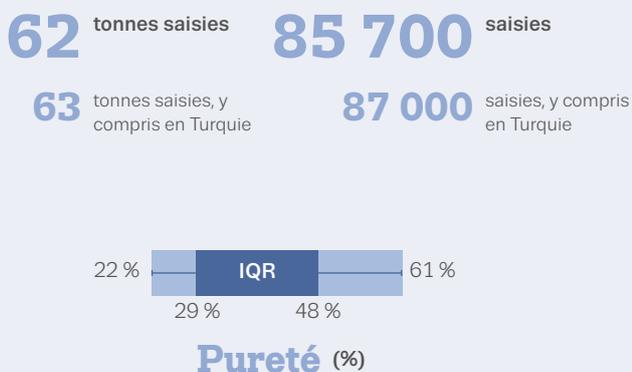
FIGURE 1.8

Quantités de cocaïne saisies en 2011

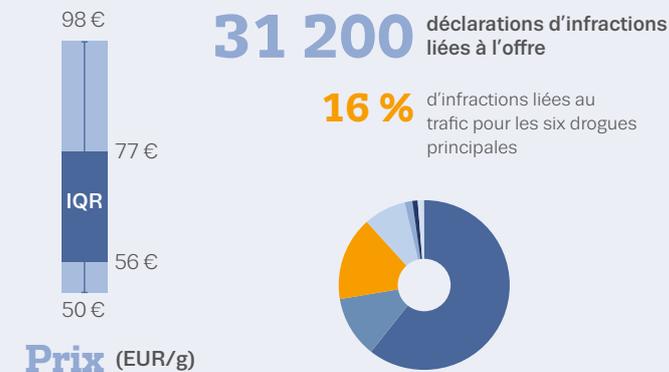


cette substance saisie aux Pays-Bas et en Belgique est du même ordre, avec des saisies combinées de 18 tonnes en 2011. Des saisies record de cocaïne ont été déclarées en 2011 par la France (11 tonnes) et l'Italie (6 tonnes). Il est difficile d'estimer dans quelle mesure les fluctuations des quantités de cocaïne saisies en Europe reflètent des changements globaux dans l'approvisionnement du marché européen, le renforcement des pratiques répressives ou l'adaptabilité des organisations criminelles qui utilisent de nouvelles approches opérationnelles.

COCAÏNE



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 disponibilité accrue de la méthamphétamine

Initialement développées à des fins thérapeutiques et connues sous l'appellation générique d'amphétamines, la méthamphétamine et l'amphétamine sont des stimulants de synthèse étroitement apparentés. 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 soit également produite à des fins d'exportation, principalement vers le Moyen-Orient. Les techniques de production peuvent se révéler relativement sophistiquées, ce qui se traduit par des productions en grands volumes. Par ailleurs, le même matériel et le même personnel peuvent servir à produire d'autres substances de synthèse, telle que la MDMA (ecstasy). Il est notoire que des quantités considérables sont produites en Belgique et aux Pays-Bas, ainsi qu'en Pologne et dans les États baltes. Des laboratoires clandestins ont également été démantelés dans d'autres pays, notamment la Bulgarie, l'Allemagne et la Hongrie. La République tchèque fait état d'un grand nombre de sites de production, pour la plupart des installations à petite échelle mises en place à des fins de consommation personnelle. Toutefois, des productions à plus grande échelle ont également été observées, la méthamphétamine y étant fabriquée à la fois pour une consommation nationale et l'exportation vers les pays voisins. La production de méthamphétamine dans les États baltes semble aussi être passée à la vitesse supérieure. Cette drogue y est produite pour l'exportation

Les saisies d'amphétamine en 2011 sont retombées à peu près aux mêmes niveaux qu'en 2002

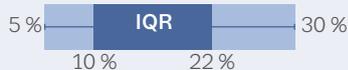
AMPHÉTAMINE

5,9 tonnes saisies

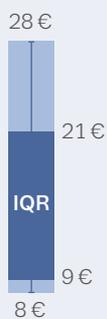
6,2 tonnes saisies, y compris en Turquie

35 600 saisies

35 600 saisies, y compris en Turquie



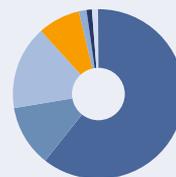
Pureté (%)



Prix (EUR/g)

16 000 déclarations d'infractions liées à l'offre

8 % d'infractions liées au trafic pour les six drogues principales

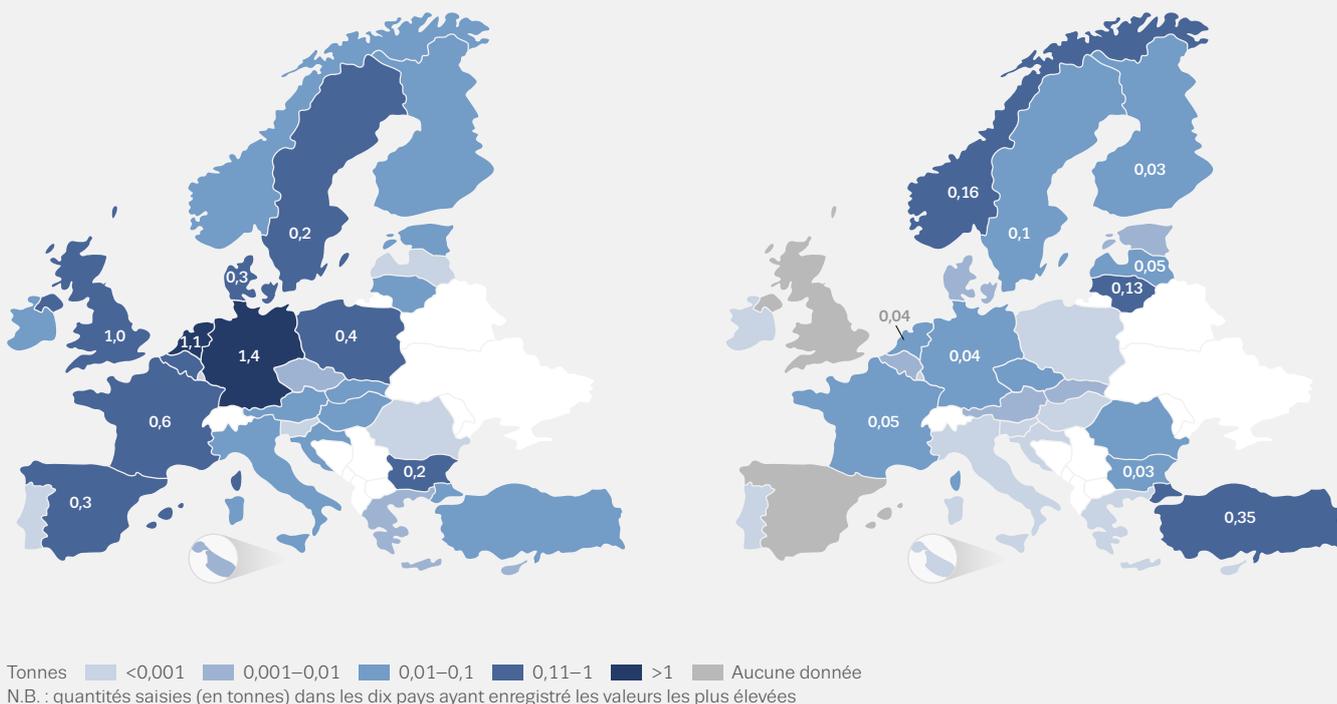


Prix et pureté des amphétamines : valeurs nationales moyennes, minimum, maximum et intervalle interquartile (IQR).

Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.9

Quantités d'amphétamine (à gauche) et de méthamphétamine (à droite) saisies en 2011



vers les pays scandinaves, où elle pourrait commencer à supplanter l'amphétamine.

En 2011, quelque 45 000 saisies d'amphétamines ont été signalées. Il s'agissait de 35 600 saisies d'amphétamine, pour une quantité de 5,9 tonnes, et de 9 400 saisies de méthamphétamine, pour un volume de 0,7 tonne. Pour

les amphétamines ce niveau fait suite à des saisies plus importantes, tant en nombre qu'en quantités. Les saisies d'amphétamine en 2011 sont retombées à peu près aux mêmes niveaux qu'en 2002 (figure 1.10). En revanche, les saisies de méthamphétamine, bien que restant faibles en termes de nombres et de quantités, ont augmenté au cours de la même période (figure 1.11).

MÉTAMPHÉTAMINE

0,7 tonnes saisies

1,0 tonnes saisies, y compris en Turquie

9 400 saisies

9 500 saisies, y compris en Turquie



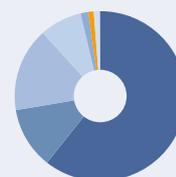
Pureté (%)



Prix (EUR/g)

2 200 déclarations d'infractions liées à l'offre

1 % d'infractions liées au trafic pour les six drogues principales



Prix et pureté de la méthamphétamine : valeurs nationales moyennes, minimum, maximum et intervalle interquartile (IQR).

Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.10

Nombre de saisies d'amphétamines et quantités saisies entre 2001 et 2011

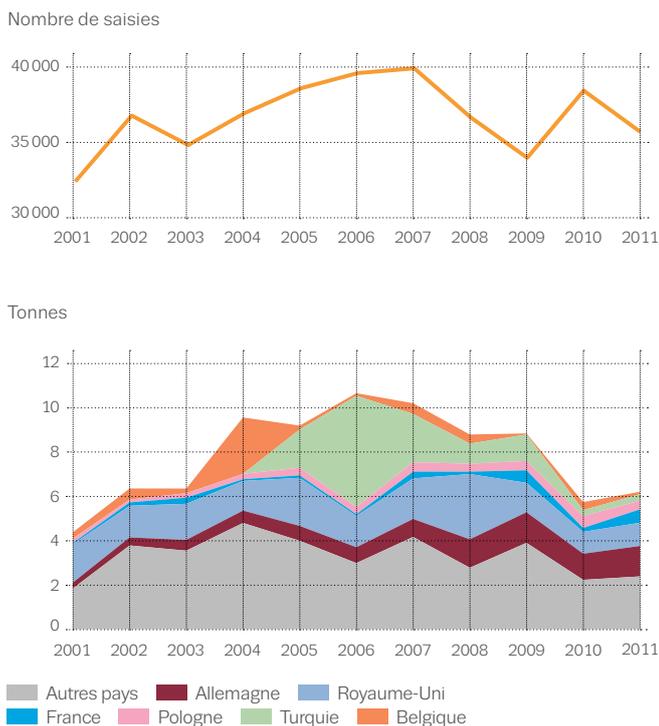


FIGURE 1.11

Nombre de saisies de méthamphétamine et quantités saisies entre 2001 et 2011



Ecstasy : sur la voie d'un retour ?

L'ecstasy désigne habituellement la substance de synthèse MDMA, qui est chimiquement apparentée aux amphétamines, mais dont les effets sont dans une certaine mesure différents. 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.

En Europe, la fabrication d'ecstasy a probablement atteint son plus haut niveau en 2000, année où les autorités ont déclaré avoir démantelé 50 laboratoires clandestins. Ces démantèlements ont reculé à trois en 2010 et à cinq en 2011, suggérant que les niveaux de production ont chuté en Europe. Au cours de la décennie écoulée, ce sont les Pays-Bas, suivis de la Belgique, qui ont rapporté le plus grand nombre de démantèlements de laboratoires clandestins, une situation qui semble refléter le fait qu'il s'agit bien de la principale zone de production de cette drogue.

ECSTASY

4,3 millions de comprimés saisis

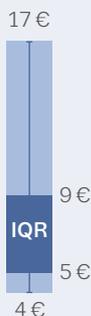
5,7 millions de comprimés saisis, y compris en Turquie

10 000 Saisies

13 000 saisies, y compris en Turquie



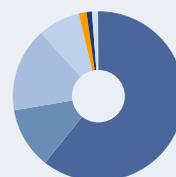
Pureté (en mg de MDMA par comprimé)



Prix (EUR/comprimé)

3 000 déclarations d'infractions liées à l'offre

1 % d'infractions liées au trafic pour les six drogues principales

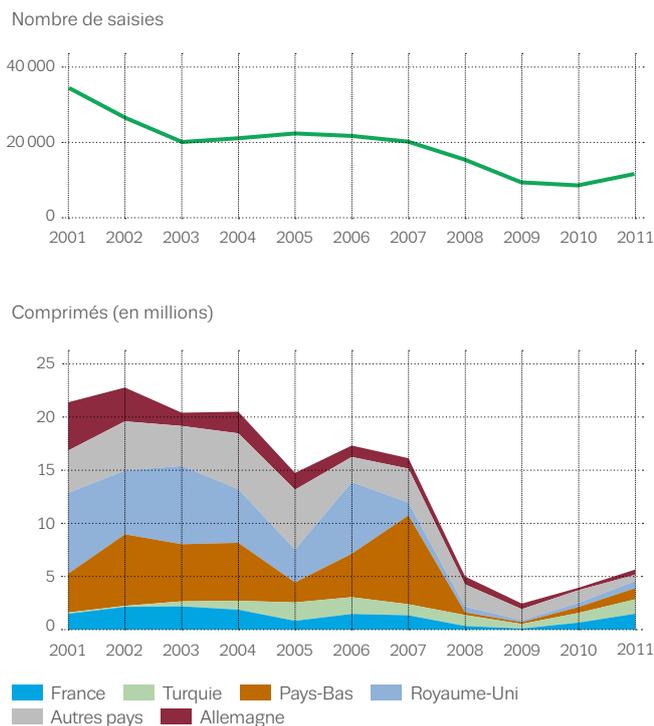


Prix et pureté des comprimés d'ecstasy : valeurs nationales moyennes, minimum, maximum et intervalle interquartile (IQR).

Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.12

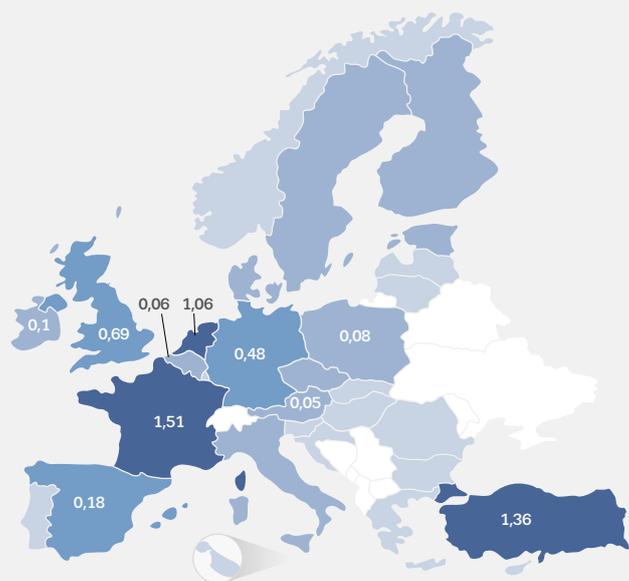
Nombre de saisies d'ecstasy et de comprimés entre 2001 et 2011



Les saisies d'ecstasy ont fortement diminué depuis 2007 (figure 1.12) et les chiffres actuels de 4,3 millions de comprimés d'ecstasy saisis ne représentent qu'une petite fraction de ce qu'ils étaient lors de l'année record de 2002 (23 millions). Une forte baisse a également été observée au niveau des infractions relatives à l'offre, qui ont chuté d'environ deux tiers entre 2006 et 2011 et qui représentent maintenant environ 1 % des infractions liées à l'offre des principales drogues. Ces tendances à la baisse ont été attribuées au renforcement des contrôles et à la saisie ciblée de PMK, le principal précurseur chimique utilisé pour la fabrication de la MDMA. Cette situation pourrait aussi s'être traduite par une modification notable du contenu des comprimés d'«ecstasy» disponibles en Europe, car seuls trois pays ont déclaré que des substances analogues à la MDMA représentaient la majeure partie des comprimés analysés en 2009. On observe toutefois des signes d'une récente résurgence du marché de l'ecstasy, même si celui-ci demeure en-deçà des niveaux atteints par le passé. La MDMA semble être plus répandue, et de la poudre de meilleure qualité (plus pure) est disponible dans plusieurs pays d'Europe. Les producteurs d'ecstasy se sont peut-être adaptés au renforcement des contrôles exercés sur les précurseurs en commençant à utiliser 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 1.13

Quantités d'ecstasy saisies en 2011



Comprimés (en millions) ■ <0,01 ■ 0,01-0,1 ■ 0,11-1,0 ■ >1,0
 N.B. : quantités saisies (en nombre de comprimés) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées

Les saisies d'ecstasy ont fortement diminué depuis 2007 et les chiffres actuels de 4,3 millions de comprimés d'ecstasy saisis ne représentent qu'une petite fraction de ce qu'ils étaient lors de l'année record de 2002

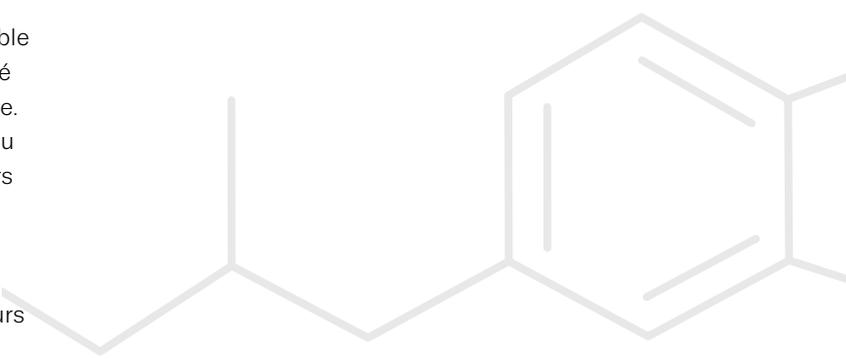
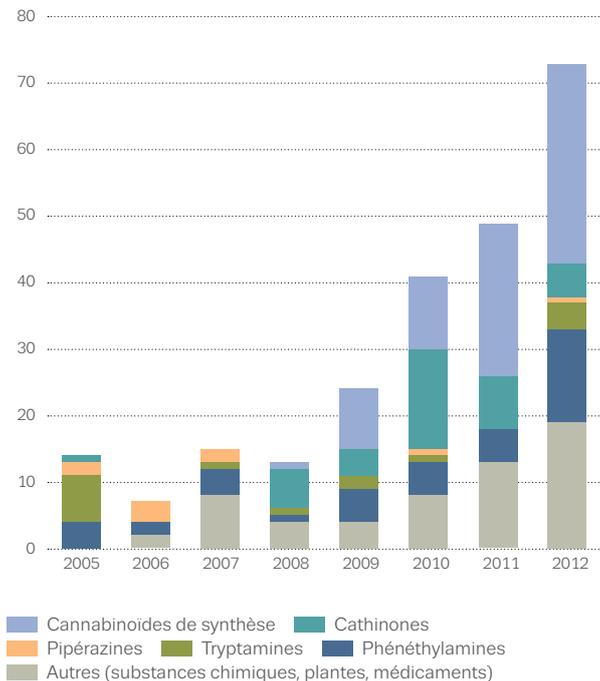


FIGURE 1.14

Nombre et principaux groupes de nouveaux produits de synthèse signalés via le système d'alerte précoce (EWS) de l'UE entre 2005 et 2012



En 2012, les États membres de l'UE ont signalé 73 nouvelles substances psychoactives par le biais du système d'alerte précoce (EWS) de l'UE

Nouvelles drogues : davantage de substances disponibles

L'analyse du marché de la drogue est compliquée par l'émergence de nouvelles drogues (substances chimiques ou naturelles non réglementées par le droit international et 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 de façon attrayante 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 2012, les États membres de l'UE ont signalé 73 nouvelles substances psychoactives par le biais du système d'alerte précoce (EWS) de l'UE (figure 1.14). Trente de ces substances étaient des agonistes

synthétiques des récepteurs cannabinoïdes, reflétant en cela la demande des consommateurs de produits analogues au cannabis. Dix-neuf composés n'ont pu être classés dans une famille de produits déjà décrite chimiquement (y compris plantes ou médicaments). Par ailleurs, 14 nouvelles phénéthylamines substituées ont été déclarées, ce qui représente le nombre le plus élevé depuis 2005.

Internet étant un marché important pour les nouveaux produits de synthèse, l'EMCDDA réalise régulièrement des recensements instantanés (snapshots) afin de dénombrer les boutiques en ligne qui proposent des produits aux consommateurs européens. Le nombre de boutiques en ligne identifiées continue d'augmenter, avec 693 boutiques recensées en janvier 2012.

Dès qu'ils font l'objet de mesures de contrôle réglementaire, la plupart des nouveaux produits de synthèse ont tendance à être rapidement remplacés, ce qui rend les mesures d'intervention particulièrement difficiles dans ce domaine. Toutefois, la méphédronne est un exemple rare d'une nouvelle substance qui pourrait avoir réussi à s'imposer comme substance recherchée sur le marché des stimulants illicites. Malgré les contrôles mis en place à travers l'Union européenne, cette drogue demeure disponible dans certains pays, où elle est maintenant en vente sur le marché illégal. Il est possible que des stocks aient été constitués avant son interdiction

et que des importations clandestines continuent d'avoir lieu, mais la découverte récente en Pologne d'un site de production de méphédronne ayant des liens avec des groupes internationaux de criminalité organisée, ainsi que de preuves d'un trafic de cette substance vers d'autres pays européens, suscite l'inquiétude.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2012

Cannabis production and markets in Europe, série Insights de l'EMCDDA, n° 12.

2011

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

Recent shocks in the European heroin market : explanations and ramifications. Rapport résumé de la réunion EMCDDA Trendspotter des 18 et 19 octobre 2011.

Réagir aux nouvelles substances psychoactives, Objectif drogues, n° 22.

Publications de l'EMCDDA et d'Europol

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report : a strategic analysis.

2011

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

**Au moins 85 millions d'Européens
adultes ont consommé une drogue
illicite à un moment de leur vie**

La consommation de drogue et les problèmes associés

La surveillance de la consommation de drogue et des dangers qui lui sont associés est entravée par de nombreux facteurs. Ainsi, les modes d'usage des drogues illicites sont très variées, les schémas de consommation allant de l'expérimentation ou consommation occasionnelle à l'usage quotidien et chronique. Par ailleurs, les risques auxquels la personne est exposée dépendent de nombreux facteurs, comme la dose consommée, 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

En Europe, la surveillance de la consommation de drogue et des dangers associés repose principalement sur cinq indicateurs épidémiologiques clés : l'usage de drogue au sein de la population générale, l'usage problématique de drogue, les décès et la mortalité liés à la drogue, les maladies infectieuses liées à la drogue et la demande de traitement. Des informations sur ces indicateurs, ainsi que des repères méthodologiques, peuvent être consultées sur le site web de l'EMCDDA sous la rubrique «Key indicators» et dans le bulletin statistique.

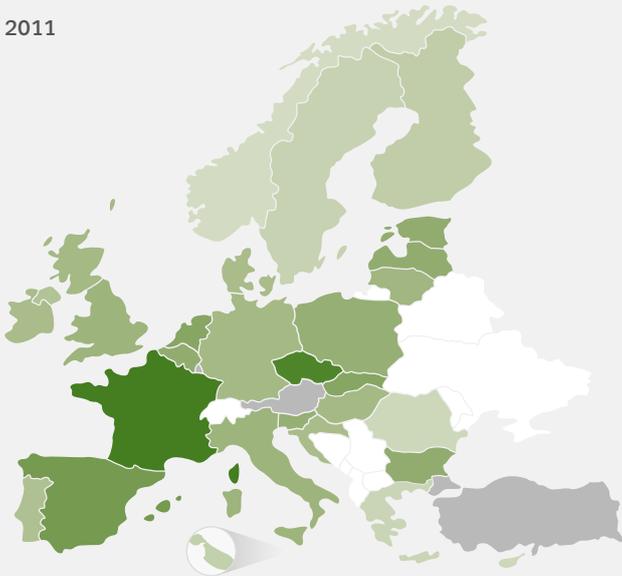
Un quart des adultes européens ont déjà consommé une drogue illicite

Au moins 85 millions d'Européens adultes ont consommé une drogue illicite à un moment de leur vie. Ces personnes représentent environ un quart de la population adulte de l'Europe. La plupart (77 millions) a déclaré avoir consommé du cannabis, les estimations étant beaucoup plus faibles pour la consommation d'autres drogues au cours de la vie : 14,5 millions pour la cocaïne, 12,7 millions pour les amphétamines et 11,4 millions pour l'ecstasy. Les niveaux de consommation de drogue au cours de la vie déclarés en Europe varient considérablement, allant d'environ un tiers des adultes au Danemark, en France et au Royaume-Uni jusqu'à moins d'un adulte sur dix en Bulgarie, en Grèce, en Hongrie, en Roumanie et en Turquie.

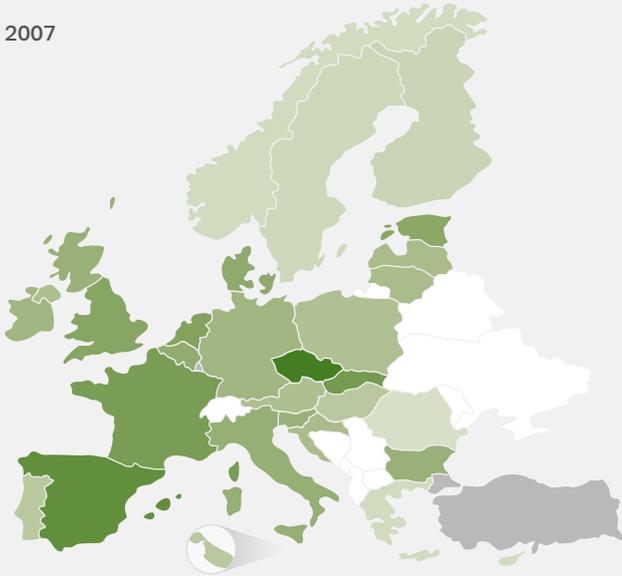
FIGURE 2.1

Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans

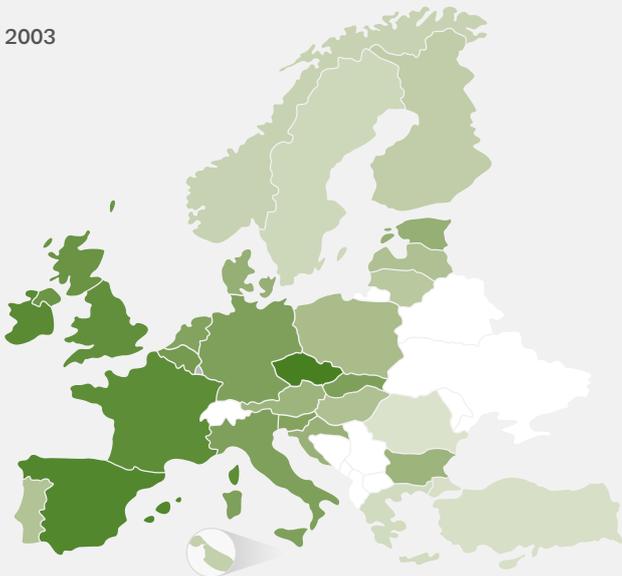
2011



2007



2003



2 % 10 20 30 40 45 % Aucune donnée

N.B. : données ESPAD et enquêtes nationales pour l'Espagne et le Royaume-Uni

Cannabis : tendance stable ou à la baisse dans les pays à prévalence élevée

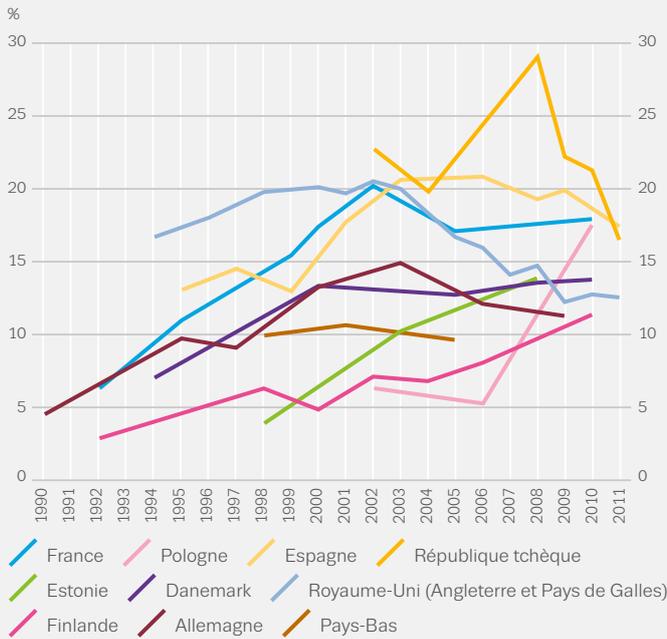
Les produits à base de cannabis sont généralement fumés et fréquemment mélangés à du tabac. Les schémas de consommation du cannabis varient de l'expérimentation ou consommation occasionnelle à la consommation régulière et à la dépendance. Les problèmes liés au cannabis sont étroitement liés à une consommation fréquente et à la prise de doses élevées. Les effets sur la santé peuvent se manifester par des problèmes respiratoires, des problèmes psychiques et par une dépendance. Certains nouveaux agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes peuvent être extrêmement puissants, et des effets indésirables aigus sont de plus en plus souvent signalés.

Le cannabis est la drogue illicite la plus susceptible d'être consommée par les jeunes européens scolarisés. Selon l'enquête ESPAD de 2011, la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes de 15 et 16 ans s'échelonnait entre 5 % en Norvège et 42 % en République tchèque (figure 2.1). De plus, le ratio garçons/filles variait entre 1/1 et environ 2,5/1. Concernant la tendance générale en Europe, l'usage de cannabis chez les élèves a augmenté entre 1995 et 2003, a légèrement diminué en 2007 et est resté stable depuis lors. Au cours de cette période, une tendance notable a été la réduction de l'usage de cannabis dans bon nombre des pays qui faisaient état de niveaux élevés de prévalence lors des enquêtes antérieures. Dans le même temps, les niveaux d'usage de cannabis parmi les élèves ont augmenté dans une grande partie des pays d'Europe centrale et orientale, traduisant une certaine convergence dans l'ensemble de l'Europe. Dans les six pays qui ont déclaré avoir réalisé des enquêtes nationales en milieu scolaire après l'étude ESPAD (2011/2012), la prévalence de la consommation de cannabis chez les jeunes reste stable ou recule légèrement.

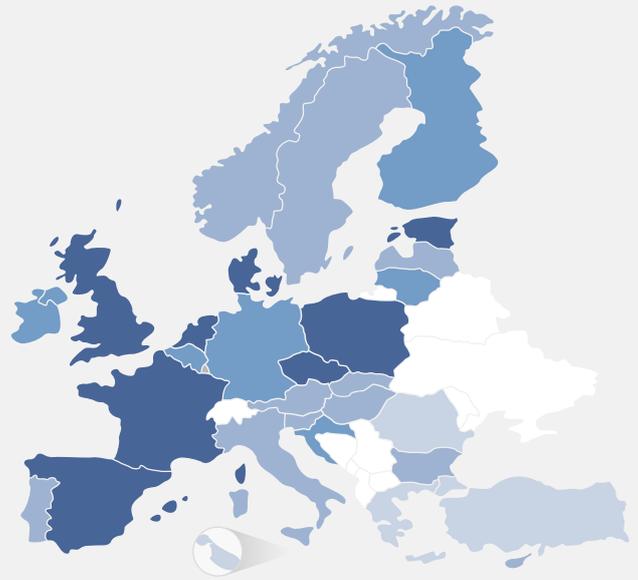
On estime à 15,4 millions le nombre de jeunes Européens (15 à 34 ans) (11,7 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, dont 9,2 millions de jeunes dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans (14,9 %). L'usage de cannabis est généralement plus élevé chez les individus de sexe masculin. Les tendances à long terme chez les jeunes adultes correspondent globalement à celles constatées chez les jeunes scolarisés : diminution progressive de la consommation dans certains pays à prévalence faible, et baisse dans les pays à prévalence plus élevée. À l'exception de la Pologne et de la Finlande, les pays ayant mené des enquêtes récemment (en 2010 ou après) font état de tendances stables ou à la baisse parmi les jeunes adultes (figure 2.2). Peu d'enquêtes nationales font état de la consommation d'agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes et, lorsque c'est le cas, les niveaux de prévalence sont généralement bas.

FIGURE 2.2

Prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes : tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



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



% 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

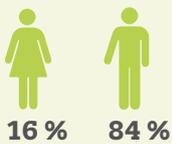
Plus de trois millions de consommateurs quotidiens de cannabis et des demandes de traitement en hausse

Une minorité importante 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. Les données issues de 22 pays montrent qu'environ 1 % des adultes, soit au moins trois millions de personnes, déclarent faire un tel usage intensif du cannabis. Plus des deux tiers de ces personnes ont entre 15 et 34 ans et, dans cette tranche d'âge, plus des trois quarts sont de sexe masculin.

CONSOMMATEURS DE CANNABIS EN TRAITEMENT

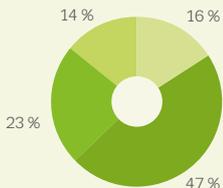
Caractéristiques



Âge moyen à la première consommation **16**

Âge moyen à l'entrée en traitement **25**

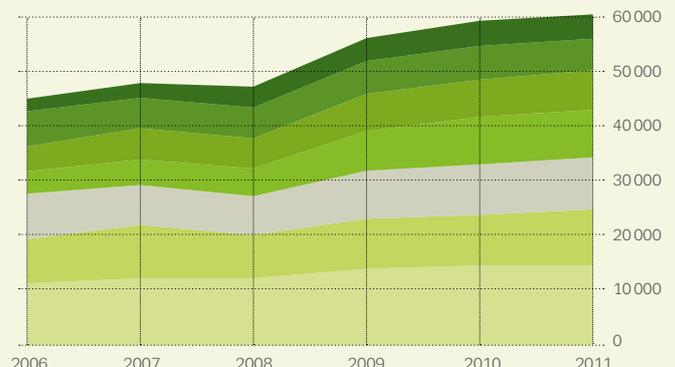
Fréquence de consommation



- Quotidienne
- Deux à six fois par semaine
- Une fois par semaine ou moins
- Pas de consommation au cours du mois écoulé/usage occasionnel

La voie fumée (inhalation) est le mode principal d'administration

Tendances parmi les usagers entrant en traitement pour la première fois

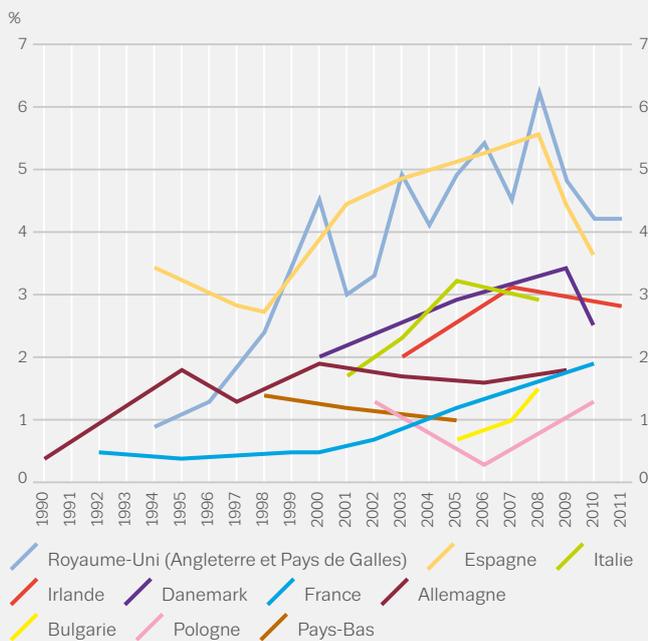


■ Royaume-Uni ■ Allemagne ■ Autres pays
■ Espagne ■ France ■ Italie ■ Pays-Bas

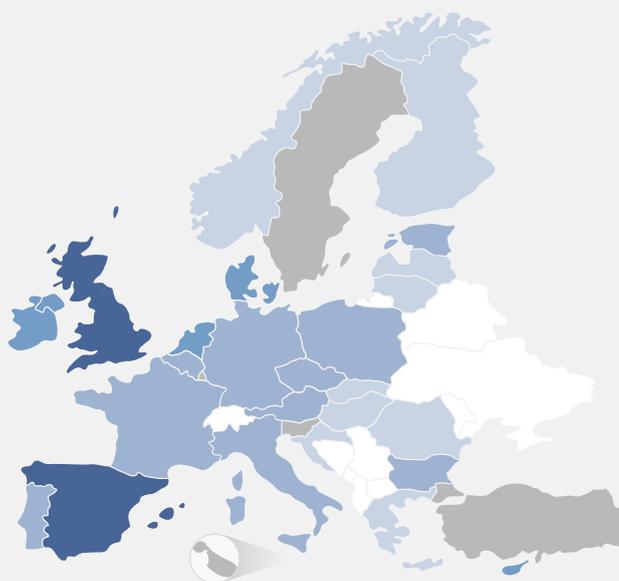
N.B. : les caractéristiques concernent l'ensemble des usagers entrant en traitement et citant le cannabis comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les usagers entrant en traitement pour la première fois et citant le cannabis comme drogue posant le plus de problèmes. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 2.4

Prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes : tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



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



% 0-1 1,1-2 2,1-3 >3 Aucune donnée

Cocaïne : diminution de la consommation dans les pays à prévalence élevée

La poudre de cocaïne est essentiellement sniffée, mais est également 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 d'autres substances, 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, les amphétamines et l'ecstasy sont les stimulants illicites les plus fréquemment utilisés en Europe



La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment utilisée en Europe, bien que la majorité de ses consommateurs résident dans un nombre relativement faible de pays. On estime à environ 2,5 millions le nombre de jeunes Européens (1,9 % de cette tranche d'âge) ayant consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Des niveaux relativement élevés de consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois (de 2,5 à 4,2 %) chez les jeunes adultes ont été déclarés par le Danemark, l'Irlande, l'Espagne et le Royaume-Uni (figure 2.4). Dans les pays à prévalence plus élevée ayant mené des enquêtes plus récentes, les niveaux de consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes ont eu tendance à atteindre un pic en 2008/2009, pour ensuite afficher une légère diminution ou une stabilisation. Dans d'autres pays, les niveaux de consommation de cocaïne sont restés relativement faibles et stables, même si la France et la Pologne ont fait état d'augmentations en 2010.

Signes de recul pour les demandes de traitement en lien avec la cocaïne

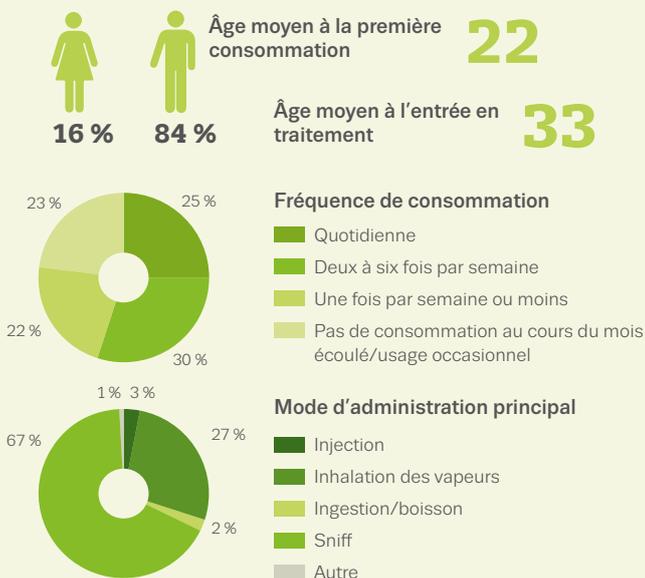
Seuls quatre pays disposent d'estimations relativement récentes de la consommation intensive ou problématique de cocaïne. Qui plus est, ces estimations sont difficiles à comparer car les définitions utilisées diffèrent. En 2009, parmi la population adulte, l'Espagne estimait sa «consommation intensive de cocaïne» à 0,45 % ; l'Allemagne évaluait ses «problèmes liés à la cocaïne»

à 0,20 % ; et l'Italie estimait sa «consommation potentiellement problématique de cocaïne» à 0,34 %. Pour 2009/2010, le Royaume-Uni a estimé à 0,54 % la consommation de crack parmi la population adulte de l'Angleterre, tout en notant que bon nombre de ces personnes étaient probablement à la fois des consommateurs de crack et d'opiacés.

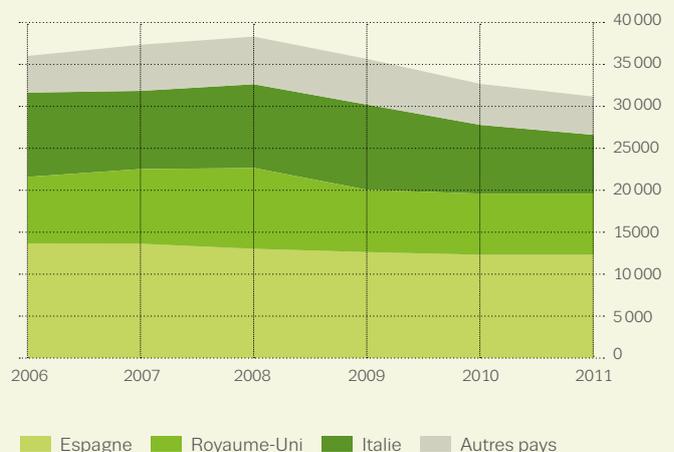
La cocaïne a été citée en tant que drogue posant le plus de problèmes pour 14 % des patients ayant entamé un traitement spécialisé en 2011 (60 000) et pour 19 % de ceux ayant entamé un traitement de ce type pour la première fois (31 000). Il existe de grands écarts entre les pays. Ainsi, environ 90 % 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). Le nombre de patients entrant en traitement en lien avec la cocaïne pour la première fois est passé de 35 000 en 2006 à 37 000 en 2009, pour redescendre à 31 000 en 2011 (23 pays). L'Espagne a vu une diminution légère mais régulière du nombre de nouveaux usagers entrant en traitement depuis 2005, de même que le Royaume-Uni depuis 2008 et l'Italie depuis 2009. En Europe, seuls quelque 3 000 nouveaux consommateurs de crack comme drogue posant le plus de problèmes ont été admis en traitement en 2011, dont les deux tiers au Royaume-Uni et la majorité des autres cas en Espagne et aux Pays-Bas.

CONSUMMATEURS DE COCAÏNE EN TRAITEMENT

Caractéristiques



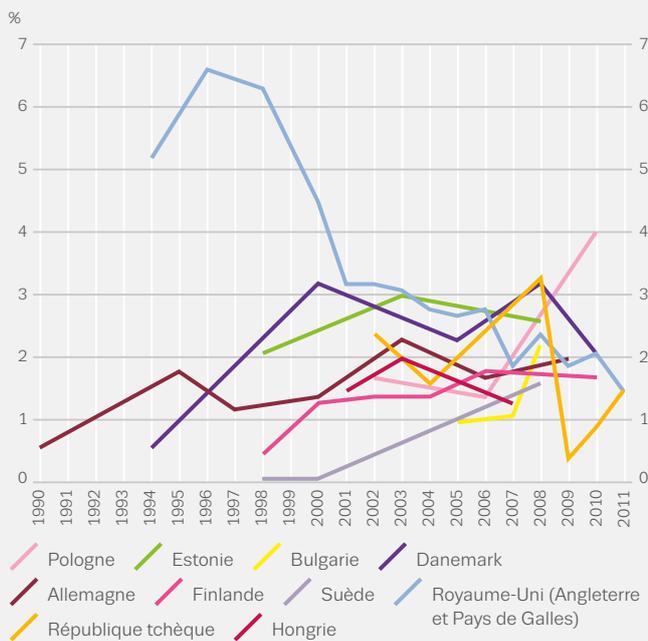
Tendances parmi les usagers entrant en traitement pour la première fois



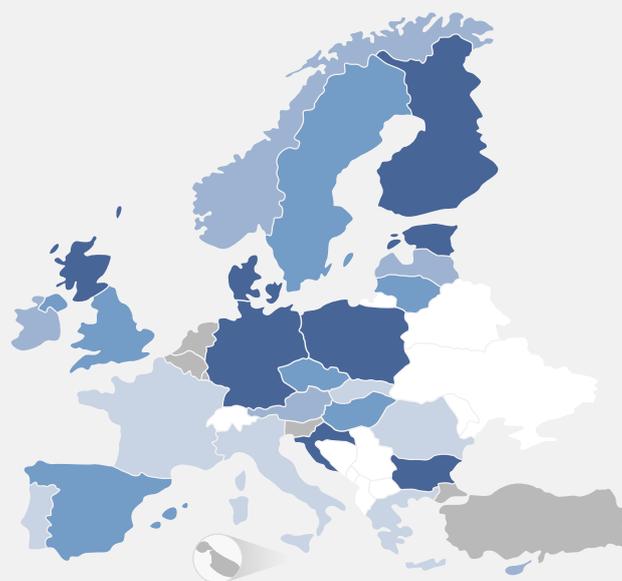
N.B. : les caractéristiques concernent l'ensemble des usagers entrant en traitement et citant la cocaïne/le crack comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les usagers entrant en traitement pour la première fois et citant la cocaïne/le crack comme drogue posant le plus de problèmes. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 2.5

Prévalence de la consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes : tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



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



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

Augmentation à long terme du nombre d'urgences hospitalières en lien avec la cocaïne

D'après une étude européenne récente, les déclarations d'urgences hospitalières liées à la cocaïne ont triplé dans certains pays depuis la fin des années 1990, avec un pic atteint aux alentours de 2008 en Espagne et en Angleterre (Royaume-Uni). La plupart de ces admissions aux urgences concernaient de jeunes adultes. Les décès causés par un empoisonnement aigu à la cocaïne semblent relativement rares. En 2011, au moins 475 décès liés à la cocaïne ont été signalés dans 17 pays, même si d'autres substances étaient généralement également impliquées. Des données récentes issues d'Espagne et du Royaume-Uni indiquent un recul du nombre de décès liés à la cocaïne depuis 2008. Par ailleurs, la cocaïne pourrait jouer un rôle dans certains décès liés à des problèmes cardiovasculaires, mais les données à ce propos sont limitées.

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

En Europe, il est beaucoup plus facile de se procurer de l'amphétamine que de la méthamphétamine, dont la consommation est historiquement limitée à la République tchèque et, depuis peu, à la Slovaquie. Les amphétamines se prennent habituellement par voie orale ou nasale (sniff) mais, dans quelques pays, l'injection de ces

substances est relativement courante parmi les usagers problématiques problèmes et les patients en traitement.

La plupart des études sur les effets indésirables pour la santé liés à l'usage d'amphétamine ont été réalisées en Australie et aux États-Unis, où l'inhalation de «crystal meth» est prévalente. Il n'est pas certain que les conclusions de ces études puissent s'appliquer directement à la situation en Europe. Les effets identifiés par ces études sont notamment des problèmes cardiovasculaires, pulmonaires et neurologiques, ainsi que des troubles mentaux allant de l'anxiété, de l'agressivité et de la dépression à la psychose paranoïde aiguë. De plus, l'injection est un facteur de risque de transmission de maladies infectieuses. Des décès liés aux amphétamines, bien que rares en comparaison de ceux liés aux opiacés, sont signalés par certains pays, en particulier ceux qui comptent une population relativement nombreuse d'usagers d'amphétamines. Les surdoses dues aux amphétamines peuvent cependant être plus difficiles à identifier car les symptômes sont parfois moins spécifiques. Ce problème est rendu plus compliqué encore par l'apparition de nouvelles substances stimulantes. Par exemple, plus de 20 décès en 2011 et 2012 ont été associés au composé 4-méthylamphétamine apparenté à l'amphétamine, ce qui a incité l'EMCDDA et Europol à entreprendre une évaluation à l'échelon européen, et la Commission européenne à recommander des mesures de contrôle au niveau de l'UE.

D'après les estimations, 1,7 million (soit 1,3 %) de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois. Entre 2006 et 2011, la consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois est restée relativement faible et stable parmi les jeunes adultes de la plupart des pays européens, avec des niveaux de prévalence d'environ 2 % ou moins dans tous les pays déclarants, à l'exception de la Bulgarie (2,1 %), de l'Estonie (2,5 %) et de la Pologne (3,9 %). Parmi les pays ayant réalisé des études récentes (2010 ou après), tous ont fait état de niveaux de prévalence de la consommation d'amphétamines stables ou en baisse, à l'exception de la Pologne, qui a déclaré une augmentation (figure 2.5).

Augmentation des demandes de traitement pour dépendance à la méthamphétamine

Seuls deux pays disposent d'estimations récentes du nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes : les estimations pour les adultes (de 15 à 64 ans) sont d'environ 0,42 % en République tchèque (2011) et d'environ 0,21 % en Slovaquie (2007). Des signes d'un usage problématique de la méthamphétamine ont été récemment notés en Allemagne, en Grèce, à Chypre et en Turquie.

Environ 6 % des patients entamant un traitement spécialisé en Europe en 2011 déclarent les amphétamines

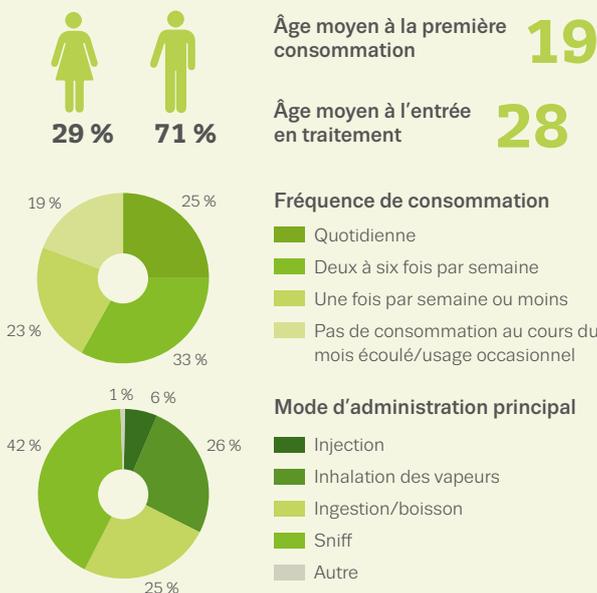
en tant que drogue posant le plus de problèmes (soit quelque 24 000 patients, dont 10 000 étaient admis en traitement pour la première fois de leur vie). Les consommateurs d'amphétamines en tant que drogue posant le plus de problèmes ne représentent une proportion considérable des déclarations d'admissions en premier traitement qu'en Lettonie, en Pologne et en Suède. Quant à la méthamphétamine, elle est citée en tant que drogue primaire par une grande proportion de patients admis en traitement pour la première fois en République tchèque et en Slovaquie. Entre 2006 et 2011, les tendances concernant les usagers d'amphétamines admis en traitement pour la première fois sont restées généralement stables, à l'exception de la République tchèque et de la Slovaquie, qui ont fait état d'une augmentation du nombre de patients admis pour la première fois en traitement pour dépendance à la méthamphétamine.

Ecstasy : peu de demandes de traitement

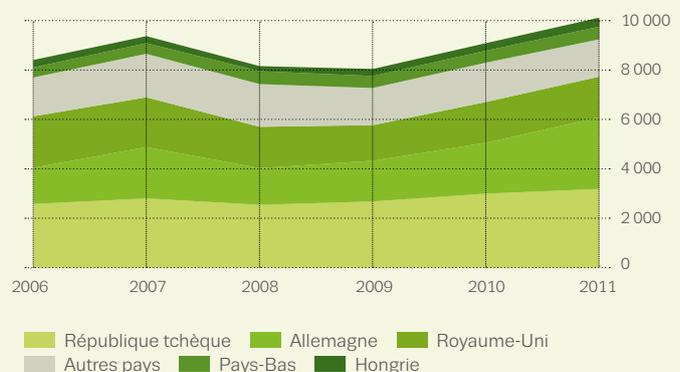
L'ecstasy désigne habituellement la MDMA, une substance de synthèse. Cette substance s'utilise le plus souvent sous forme de comprimés, mais est également disponible en poudre ; elle peut être ingérée, sniffée ou, plus rarement, injectée. Historiquement, l'ecstasy est liée au milieu de la dance music électronique. Elle est principalement consommée par de jeunes adultes, surtout de sexe masculin. Les problèmes associés à la consommation de

CONSOMMATEURS D'AMPHÉTAMINES EN TRAITEMENT

Caractéristiques



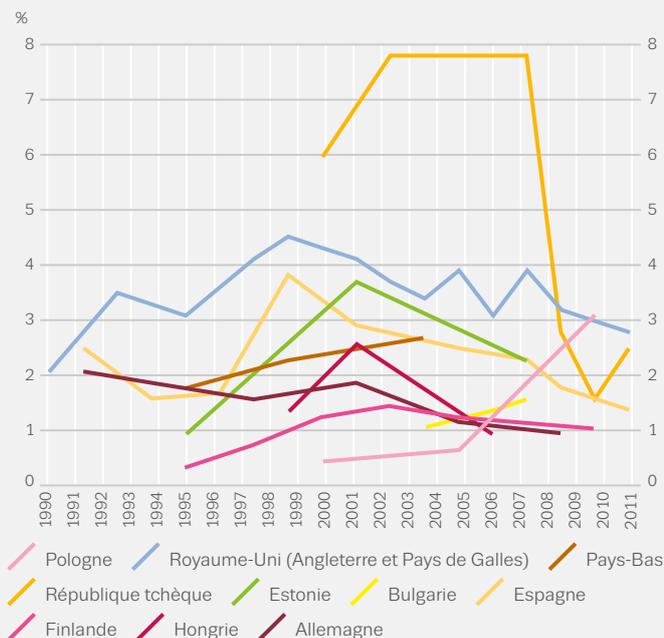
Tendances pour les usagers entrant en traitement pour la première fois



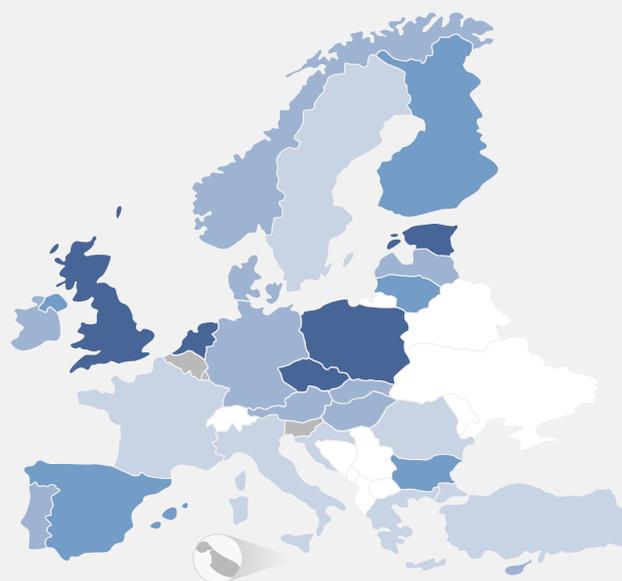
N.B. : les caractéristiques concernent l'ensemble des usagers entrant en traitement et citant les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les usagers entrant en traitement pour la première fois et citant les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes. Les pays concernés varient pour chaque indicateur.

FIGURE 2.6

Prévalence de la consommation d'ecstasy au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes : tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



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



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

cette drogue comprennent l'hyperthermie aiguë et des troubles de santé mentale. Les décès liés à l'ecstasy sont rares.

On estime à 1,8 million le nombre de jeunes adultes ayant consommé de l'ecstasy au cours des 12 derniers mois, les estimations nationales s'échelonnant de moins de 0,1 % à 3,1 %. La consommation de cette drogue a atteint un pic entre le début et le milieu des années 2000, avant d'accuser un recul (figure 2.6). Entre 2006 et 2011, 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 Pologne, ce recul se confirme dans les données des pays ayant réalisé des enquêtes depuis 2010. En 2011, peu de consommateurs sont entrés en traitement pour des problèmes liés à l'ecstasy : l'ecstasy a été citée comme drogue posant le plus de problèmes par moins de 1 % (environ 600 patients) des personnes admises en traitement pour la première fois en Europe.

Méphédronne : nouvelle concurrente sur le marché des stimulants

Divers signes montrent que les cathinones de synthèse, notamment la méphédronne, pourraient s'être imposés sur le marché des stimulants illicites dans certains pays. Toutefois, le Royaume-Uni est actuellement le seul pays qui mène des enquêtes récurrentes sur ces substances.

Selon les données les plus récentes, 1,1 % des adultes (de 16 à 59 ans) d'Angleterre et du Pays de Galles ont déclaré avoir consommé de la méphédronne au cours des douze derniers mois, ce qui fait de celle-ci la quatrième drogue illicite la plus utilisée. Dans la tranche d'âge des 16 à 24 ans, la prévalence au cours des douze derniers mois était la même que celle de l'ecstasy (3,3 %), la troisième substance la plus prévalente dans cette tranche d'âge. Une diminution des niveaux de consommation a cependant été observée dans tous les groupes par rapport à l'enquête menée en 2010-2011.

De façon plus générale, des cas de mortalité et de morbidité liés à la méphédronne continuent d'être signalés en Europe, bien qu'à des niveaux relativement faibles. Par ailleurs, certains pays font état de l'injection de méphédronne, de MDPV et d'autres cathinones de synthèse parmi d'usagers problématiques et des patients en traitement (Hongrie, Autriche, Roumanie et Royaume-Uni).

Les cathinones de synthèse, notamment la méphédronne, pourraient s'être imposés sur le marché des stimulants illicites dans certains pays

Hallucinogènes, GHB et kétamine : une présence persistante

Une série 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 en Europe est généralement faible et stable depuis plusieurs années. Les enquêtes nationales donnent, pour les jeunes adultes (de 15 à 34 ans), des estimations de la prévalence au cours des douze derniers mois de 0 à 2,2 % pour l'usage de champignons hallucinogènes et de 0 à 1,7 % 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'usagers de drogue en Europe. Les problèmes de santé liés à ces substances, comme par exemple le lien entre les lésions des voies urinaires et la consommation chronique de kétamine, sont mieux identifiés. Les pertes de conscience et la dépendance sont des risques associés à l'usage de GHB, et l'existence d'un syndrome de sevrage a été répertoriée. Quand elles existent, les estimations nationales de la prévalence de l'usage de GHB et de kétamine au sein des populations adultes et étudiantes restent limitées. Au Royaume-Uni, 1,8 % des jeunes de 16 à 24 ans ont déclaré avoir consommé de la kétamine au cours des douze derniers mois. Le niveau de prévalence est resté stable entre 2008 et 2012, après avoir connu une hausse, puisqu'il n'était que de 0,8 % en 2006. Des enquêtes ciblées menées dans des lieux de vie nocturne font état de niveaux plus élevés de prévalence au cours de la vie. Par exemple, une enquête réalisée parmi les habitués des boîtes de nuit danoises a montré que 10 % avaient essayé la kétamine. Parmi les répondants britanniques à une enquête sur Internet, 40 % des habitués des boîtes de nuit ont déclaré avoir consommé de la kétamine au cours de la dernière année et 2 % du GHB au cours de cette même période.

Opiacés : plus d'1,4 million d'usagers à problèmes

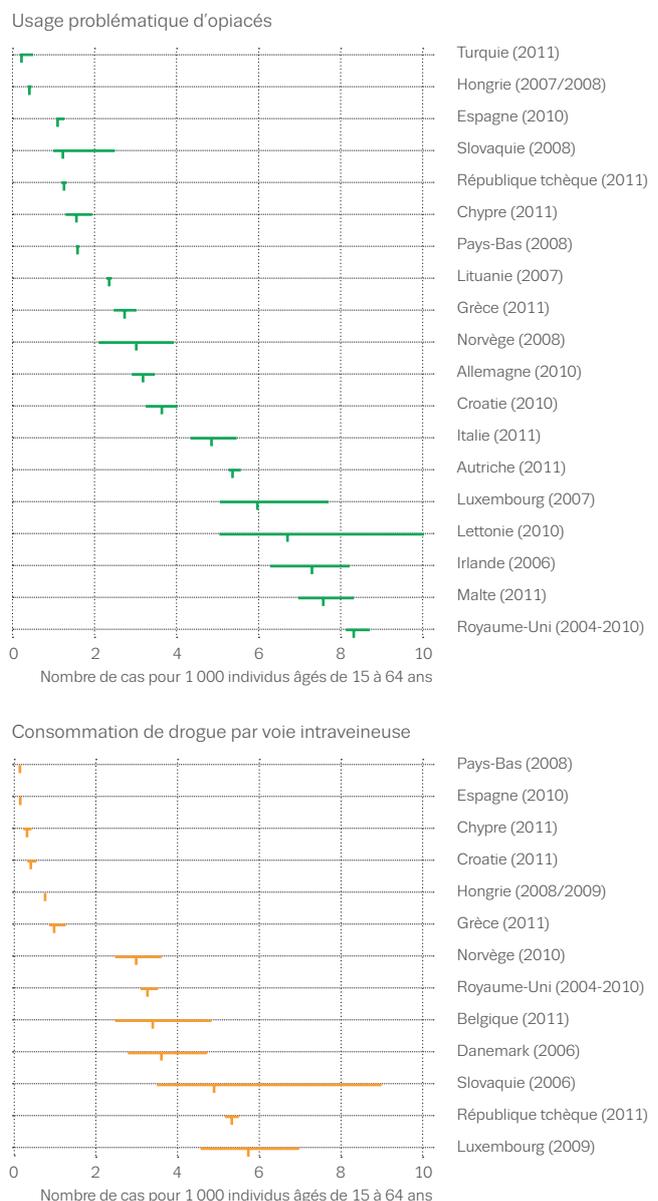
La consommation d'opiacés reste à l'origine d'une part disproportionnée de la mortalité et de la morbidité liées à l'usage de drogue en Europe. Le principal opiacé consommé en Europe est l'héroïne, qui peut être fumée, sniffée ou injectée. D'autres opiacés de synthèse, comme la buprénorphine haut dosage, la méthadone et le fentanyl, sont également disponibles sur le marché illicite. Les

usagers problématiques de drogue sont, pour la plupart, des polyconsommateurs, et les chiffres de prévalence sont plus élevés dans les zones urbaines et au sein des groupes marginalisés. En plus de connaître des problèmes de santé, les consommateurs d'opiacés entrant en traitement sont plus souvent sans abri, au chômage et ont un niveau d'étude inférieur aux usagers d'autres drogues.

L'Europe a connu plusieurs vagues d'addiction 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

FIGURE 2.7

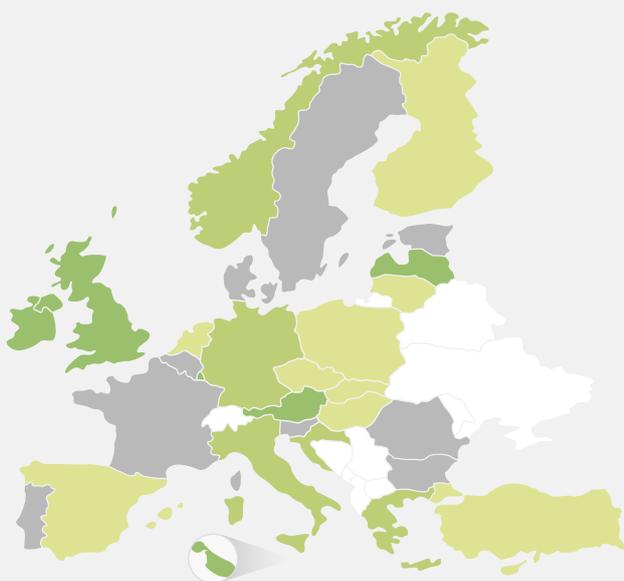
Estimations nationales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés et de la consommation de drogue par voie intraveineuse



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

FIGURE 2.8

Estimations de l'usage problématique d'opiacés en Europe



Nombre de cas pour 1 000 habitants : 0,0–2,5 ; 2,51–5,0 ; >5,0 ; Aucune donnée
 N.B. : les données pour la Pologne et la Finlande concernent l'année 2005.

le milieu et la fin des années 1990. Malgré des variations dans les tendances au cours de la dernière décennie, dans l'ensemble, les entrées dans l'usage d'héroïne semblent aujourd'hui reculer.

La prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés chez les adultes (de 15 à 64 ans) est estimée à 0,41 %, soit l'équivalent de 1,4 million d'utilisateurs d'opiacés à problèmes en Europe en 2011. Au niveau national, les estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés varient entre un cas et environ huit cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (figure 2.7).

Héroïne : recul du nombre de nouveaux patients entrant en traitement

Les consommateurs d'opiacés (principalement de l'héroïne) représentent 48 % des patients entrés en traitement spécialisé en 2011 en Europe (197 000 patients) et environ 30 % de ceux entrés en traitement pour la première fois. En termes de tendance, le nombre global de nouveaux patients héroïnomanes recule en Europe, étant passé d'un pic de 59 000 en 2007 à 41 000 en 2011, avec des diminutions plus marquées dans les pays d'Europe occidentale. Dans l'ensemble, il semble que les entrées dans l'usage d'héroïne soient en recul, une évolution qui se traduit au niveau des demandes de traitement.

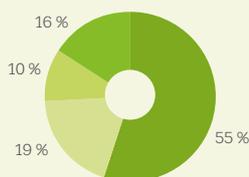
CONSOMMATEURS D'HÉROÏNE EN TRAITEMENT

Caractéristiques



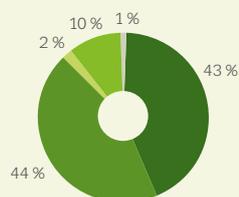
Âge moyen à la première consommation **22**

Âge moyen à l'entrée en traitement **35**



Fréquence de consommation

- Quotidienne
- Deux à six fois par semaine
- Une fois par semaine ou moins
- Pas de consommation au cours du mois écoulé/usage occasionnel



Mode d'administration principal

- Injection
- Inhalation des vapeurs
- Ingestion/boisson
- Sniff
- Autre

Tendances parmi les usagers entrant en traitement pour la première fois

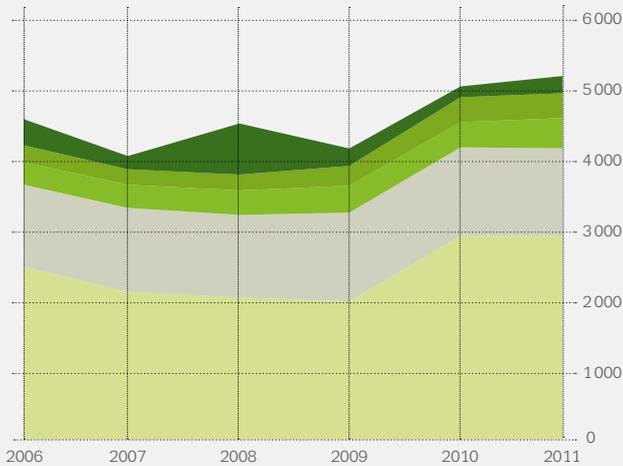


■ Royaume-Uni ■ Italie ■ Autres pays ■ Espagne ■ Allemagne

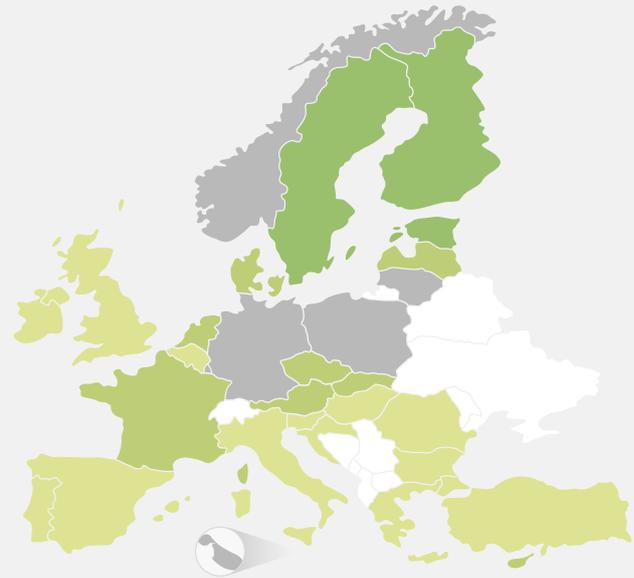
N.B. : les caractéristiques concernent l'ensemble des usagers entrant en traitement et citant l'héroïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les usagers entrant en traitement pour la première fois et citant l'héroïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 2.9

Patients entrant en traitement pour la première fois pour dépendance à des opiacés autres que l'héroïne : tendances en nombres (à gauche) et en pourcentage du total des patients entrant en traitement pour la première fois avec les opiacés comme drogue primaire (à droite)



■ Royaume-Uni ■ Autres pays ■ France
■ Espagne ■ Italie



% ■ 0-10 ■ 11-50 ■ >50 ■ Aucune donnée

Opiacés autres que l'héroïne : un défi pour certains pays

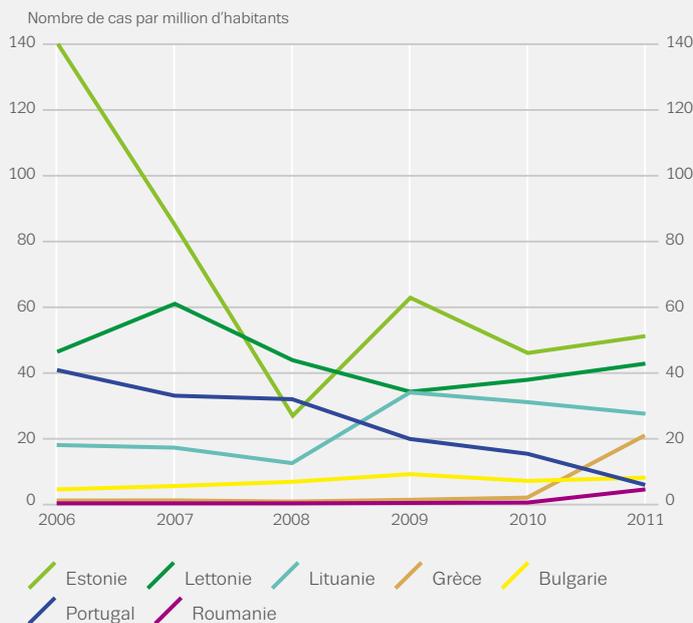
En 2011, 11 pays européens ont déclaré qu'au moins 10 % de leurs patients usagers d'opiacés entrant en traitement spécialisé pour la première fois consommaient des opiacés autres que l'héroïne, notamment le fentanyl, la méthadone et la buprénorphine haut dosage (figure 2.9). Dans certains pays, la prise 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 consommaient du fentanyl illicite, tandis qu'en Finlande la plupart des patients consommateurs d'opiacés sont enregistrés comme primo consommateurs de buprénorphine haut dosage.

Consommation de drogue par voie intraveineuse : diminution à long terme

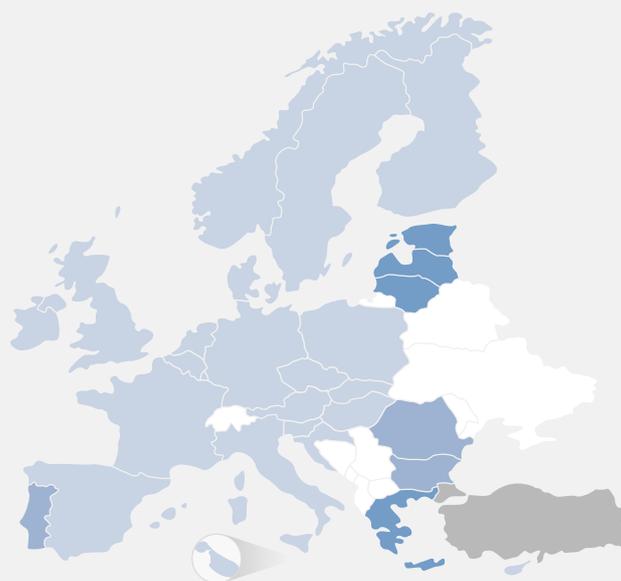
Les usagers de drogue par voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés aux problèmes de santé liés à leur consommation de drogue, comme par exemple les infections transmises par le sang, ou les décès par surdose. L'injection est couramment associée à la consommation d'opiacés, bien que dans quelques pays, l'injection d'amphétamines constitue un problème majeur. Treize 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 24 % d'usagers d'amphétamines ont déclaré s'injecter la drogue. Les niveaux d'injection parmi les patients consommateurs d'opiacés varient selon les pays, de moins de 9 % aux Pays-Bas à plus de 93 % en Lettonie. Entre 2006 et 2011, une diminution globale de la proportion d'usagers de drogue par injection a été enregistrée parmi les patients consommateurs d'héroïne entrant en traitement pour la première fois. Les données les plus récentes indiquent cependant une légère reprise de ce mode de consommation.

FIGURE 2.10

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)



N.B. : Nouveaux cas d'infections au VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogue par injection dans les pays ayant déclaré les taux les plus élevés en 2011 (source : ECDC)



Nombre de cas par million d'habitants : ■ <5 ■ 5–10 ■ >10 ■ Aucune donnée

Les épidémies compromettent le recul à long terme du VIH

L'injection de drogue reste un vecteur important de transmission de maladies infectieuses, notamment le VIH/sida et l'hépatite C. Les chiffres les plus récents montrent que le recul à long terme du nombre de nouveaux cas de VIH/sida déclarés en Europe pourrait s'interrompre en raison des épidémies apparues parmi les usagers de drogue par injection en Grèce et en Roumanie (figure 2.10). En 2011, le taux moyen de nouveaux cas de VIH diagnostiqués et attribués à l'usage de drogue par injection était de 3,03 cas par million de personnes. Même si ces chiffres sont sujets à révision, 1 507 nouveaux cas ont été déclarés en 2011, soit une légère augmentation par rapport à 2010, à contre-courant de la tendance globale à la baisse qui avait été observée depuis 2004.

Le chiffre global pour l'Europe masque d'importants écarts entre les pays au niveau des valeurs et des tendances concernant les nouveaux cas de VIH diagnostiqués. En 2011, la Grèce et la Roumanie dénombraient 353 cas diagnostiqués, soit 23 % du total, contre à peine plus de 2 % (31 cas sur 1 469) en 2010. La Bulgarie, l'Estonie et la Lettonie ont fait état de légères augmentations des nouveaux cas d'infection au VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogue par injection en 2011. Par contre, les taux déclarés par l'Irlande, l'Espagne et le Portugal ont continué à chuter, suivant en cela la tendance à la baisse observée depuis 2004.

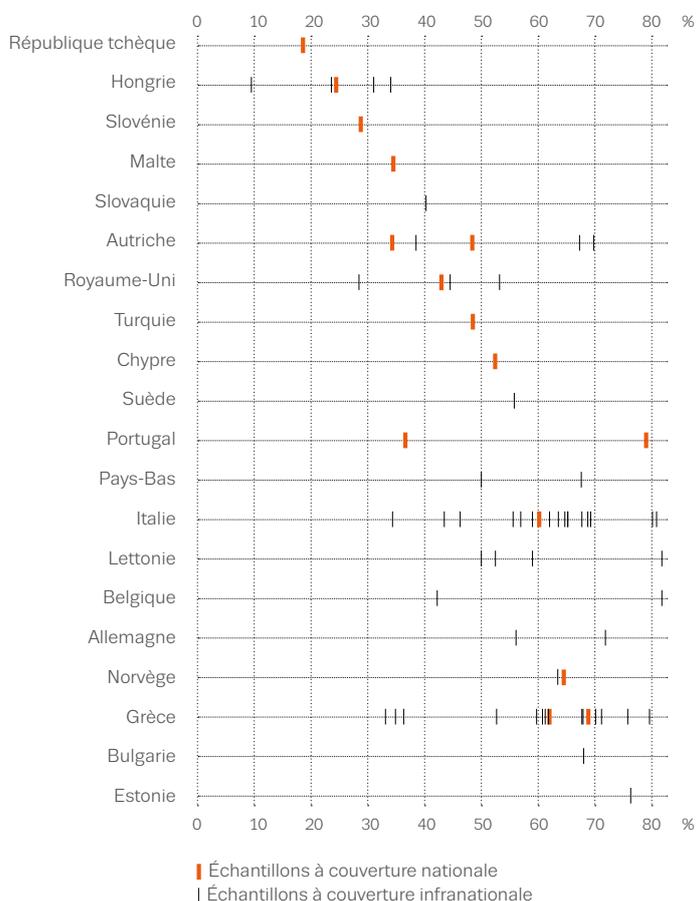
Les usagers de drogue par voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés aux problèmes de santé liés à leur consommation de drogue

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 2010-2011 oscillaient entre 18 et 80 %, huit pays sur les douze ayant des données nationales faisant état d'une prévalence supérieure à 40 % (figure 2.11). Une prévalence égale ou supérieure à ce niveau peut indiquer l'existence d'un risque de nouvelles épidémies de VIH par transmission liées aux injections. Parmi les pays disposant de données relatives aux tendances nationales pour la période 2006-2011, un recul de la prévalence du VHC chez les usagers de drogue par injection a été déclaré dans trois pays (Italie, Portugal et Norvège), tandis que deux autres pays ont observé une augmentation (Grèce et Chypre).

FIGURE 2.11

Niveaux de prévalence d'anticorps VHC chez les usagers de drogue par injection en 2010/2011



En moyenne, dans les 18 pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période 2010-2011, la consommation de drogue par injection représente 58 % de tous les cas de VHC diagnostiqués et 41 % des cas aigus de VHC déclarés (lorsque une catégorie à risque est mentionnée lors de l'enregistrement). En ce qui concerne l'hépatite B, les usagers de drogue par injection représentent 7 % du total des cas diagnostiqués et 15 % des cas aigus signalés. L'usage de drogue peut constituer 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 début mars 2013, il a été fait état de quinze cas d'anthrax liés à la drogue, dont sept ont eu une issue fatale. Cet épisode pourrait être lié à une épidémie antérieure de cas d'anthrax déclarée en 2009/2010.

Décès liés à la drogue : pas uniquement des surdoses

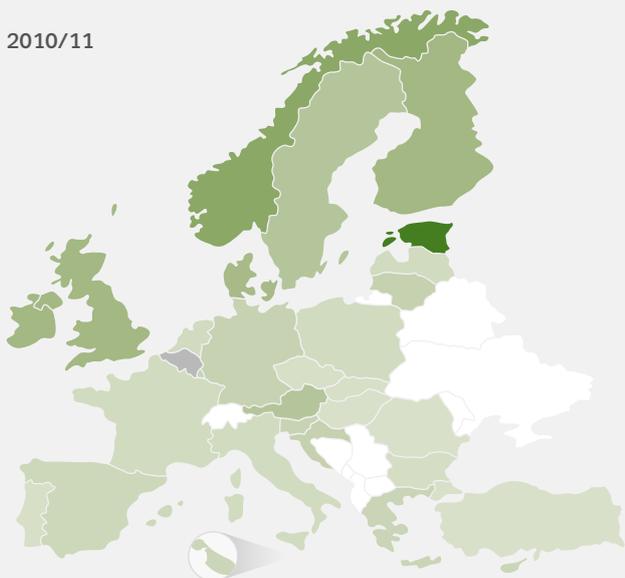
La consommation de drogue est l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes Européens. Cette cause est à la fois directe, par surdose (décès dus à la drogue), et indirecte, par les maladies, les accidents, la violence et les suicides liés à la drogue. La plupart des études de cohorte parmi les usagers de drogue à problèmes indiquent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an, ce qui représente une mortalité en excès, de 10 à 20 fois plus élevée qu'escomptée. Une analyse réalisée récemment par l'EMCDDA a permis d'estimer entre 10 000 et 20 000 le nombre de décès de consommateurs d'opiacés chaque année en Europe. La plupart des décès surviennent chez des hommes dans la trentaine ; l'âge, le taux de mortalité et les causes de décès varient cependant d'un pays à l'autre et dans le temps.

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. Bien que les données au niveau européen ne soient pas disponibles, les troubles hépatiques seraient également à l'origine d'un nombre considérable de décès chez les toxicomanes, surtout en raison d'une infection au VHC, ces troubles étant souvent aggravés par une forte consommation d'alcool. Le suicide, les traumatismes et les homicides ont eux aussi un impact sur la mortalité

FIGURE 2.12

Taux de mortalité due à la drogue parmi les adultes (de 15 à 64 ans)

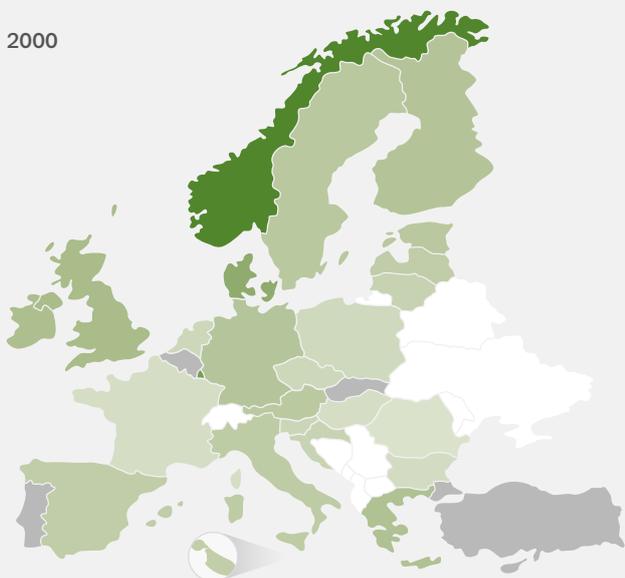
2010/11



2005



2000



1 17 51 85 119 136
Nombre de cas par million d'habitants

Aucune donnée

en excès chez les usagers de drogue, bien que dans ce domaine aussi des estimations fiables fassent défaut.

Les surdoses constituent la principale cause de décès des usagers problématiques de drogues en Europe. Les opiacés, et plus particulièrement l'héroïne ou ses métabolites, sont impliqués dans la majorité des décès dus à la drogue signalés en Europe, souvent en combinaison avec d'autres substances, comme l'alcool ou les benzodiazépines. Outre l'héroïne, les autres opiacés mentionnés dans les rapports toxicologiques comprennent la méthadone, la buprénorphine et les fentanyl.

Environ 90 % des décès par surdose déclarés en Europe surviennent chez des personnes de plus de 25 ans, et l'âge moyen des personnes décédées d'une surdose est en augmentation, ce qui indique un vieillissement de la cohorte des usagers d'opiacés à problèmes. La plupart des décès par surdose (80 %) surviennent chez des hommes.

En 2010, le taux moyen de mortalité due à des surdoses en Europe est estimé à 18 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Des taux supérieurs à 40 décès par million d'habitants ont été enregistrés dans six pays, dont la Norvège (73 décès par million) et l'Estonie (136 décès par million) en tête (figure 2.12).

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 6 500 décès par surdose ont été déclarés en 2011, soit une diminution par rapport aux 7 000 cas de 2010 et aux 7 700 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.

Quelque 6 500 décès par surdose ont été déclarés en 2011, soit une diminution par rapport aux 7 000 cas de 2010 et aux 7 700 cas de 2009

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2012

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

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, dossier thématique.

2011

Mortality related to drug use in Europe, question spécifique.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, question spécifique.

Trends in injecting drug use in Europe, question spécifique.

2009

Polydrug use: patterns and responses, question spécifique.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, partie I: Epidemiology, et partie II: Health effects of cannabis use, monographies de l'EMCDDA.

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

Les réponses aux problèmes posés par les drogues se classent généralement en deux catégories : les activités de réduction de la demande et celles de réduction de l'offre de drogue

Réponses au problèmes liés aux drogues

Les réponses aux problèmes posés par les drogues se classent généralement en deux catégories : les activités de réduction de la demande et celles de réduction de l'offre de drogue. Les activités de réduction de la demande englobent les interventions sanitaires et sociales, telles que la prévention, la réduction des risques, la prise en charge et la réinsertion sociale. Les activités liées à la réduction de l'offre de drogue comprennent l'application de la loi, essentiellement par la police, les douanes et le pouvoir judiciaire, avec pour objectif premier de réduire la disponibilité des drogues.

Les indicateurs de suivi des réponses aux drogues

Le suivi des réponses aux drogues repose actuellement sur l'analyse en continu des sources de données courantes, associée aux évaluations nationales et aux expertises de spécialistes du domaine. Les données relatives aux réponses de nature sanitaire et sociale comportent des estimations de l'offre de traitements de substitution aux opiacés et de l'échange de seringues. De plus, l'analyse de la littérature et la médecine fondée sur des preuves, comme celle mise à disposition par la Cochrane Collaboration, fournit des informations sur l'efficacité des interventions de santé publique. Pour plus d'informations sur les données présentées ici, consultez le bulletin statistique, et le portail des meilleures pratiques sur le site web de l'EMCDDA.

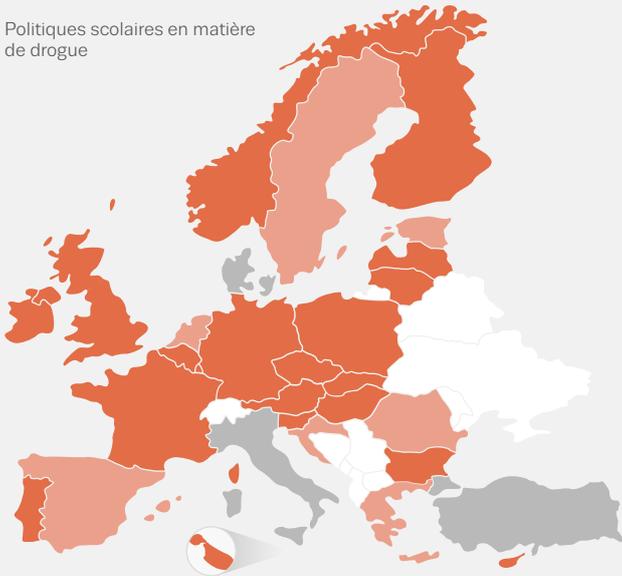
Vers la mise en place d'une prévention en milieu scolaire fondée sur des données validées

Diverses stratégies de prévention sont utilisées pour tenter de remédier à l'usage de drogue et aux problèmes qui en découlent. Les approches environnementales et universelles ciblent des populations entières, tandis que la prévention sélective vise les groupes vulnérables et que la prévention ciblée se concentre sur les individus à risque. En Europe la majeure partie des activités de prévention ont tendance à se dérouler dans les écoles (figure 3.1), même si elles sont également mises en œuvre dans d'autres environnements.

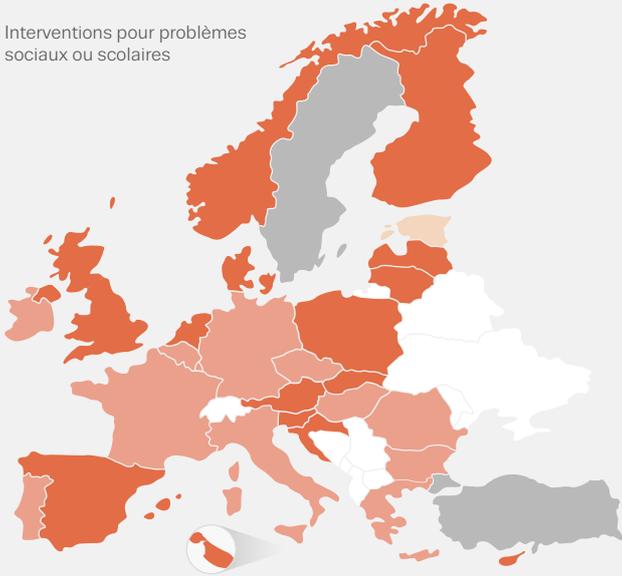
FIGURE 3.1

Disponibilité d'interventions spécifiques de prévention de la drogue dans les écoles (estimations d'experts, 2010)

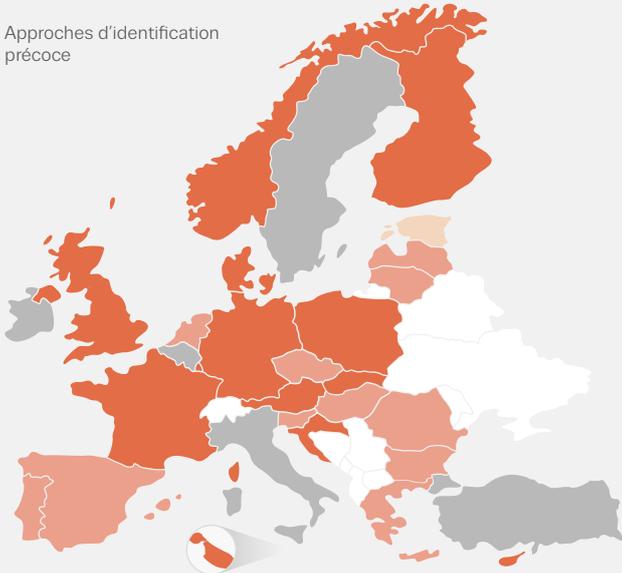
Politiques scolaires en matière de drogue



Interventions pour problèmes sociaux ou scolaires



Approches d'identification précoce



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

Des données scientifiquement validées indiquent que les stratégies de prévention environnementale, qui visent à modifier les environnements culturel, social, physique et économique, peuvent s'avérer efficaces en vue de faire évoluer les croyances normatives et, par conséquent, les comportements en matière d'usage de substances. En Europe, le recours aux interventions environnementales en milieu scolaire reste généralement rare. Des progrès ont toutefois été accomplis dans certains domaines, comme la mise en place d'un environnement scolaire protecteur et le développement de politiques en matière de drogues en milieu scolaire (recommandations sur les réponses à apporter face à la consommation ou à la vente de drogues par des élèves, par exemple). Un autre changement a également été observé : les écoles ont tendance à privilégier désormais des approches de prévention universelle ayant fait l'objet d'évaluations positives, comme la formation aux aptitudes individuelles et sociales, et à s'éloigner d'activités telles que la simple présentation d'informations, dont l'efficacité est peu avérée. Les cas signalés de transfert réussi de programmes de prévention nord-américains et européens qui bénéficient d'évaluations positives (par exemple Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro et Preventure) sont de plus en plus nombreux.

Les interventions de prévention sélective ciblent des groupes de jeunes vulnérables présentant un risque plus grand de connaître des problèmes d'usage de drogue. Des rapports d'experts font état d'une augmentation globale de la disponibilité d'interventions ciblées sur certains groupes vulnérables en Europe, en particulier une intensification des activités à l'intention des élèves connaissant des problèmes sociaux et scolaires. Les écoles sont également un environnement important pour les activités de prévention ciblée, notamment l'utilisation d'approches axées sur l'identification précoce des élèves ayant des problèmes de comportement et/ou des problèmes avec la drogue.

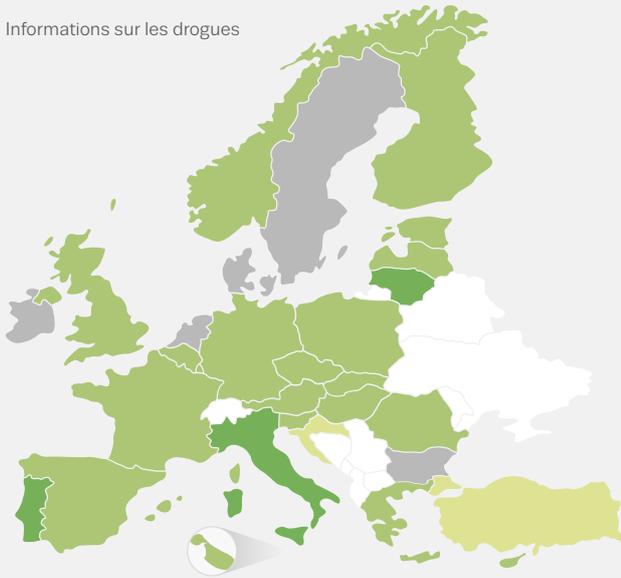
Interventions dans les milieux de vie nocturne : nécessité d'une approche intégrée

L'usage de drogues illicites, en particulier les substances stimulantes, est souvent associé aux environnements de vie nocturne. Les jeunes qui participent à certains types d'événements sont susceptibles d'adopter des modes de consommation de drogue et d'alcool qui peuvent les exposer à des risques accrus de problèmes de santé, d'accidents ou de blessures. Une initiative européenne, la « Healthy Nightlife Toolbox », souligne l'importance de veiller à ce que les espaces récréatifs mettent en place un ensemble complet de mesures pour gérer ces risques.

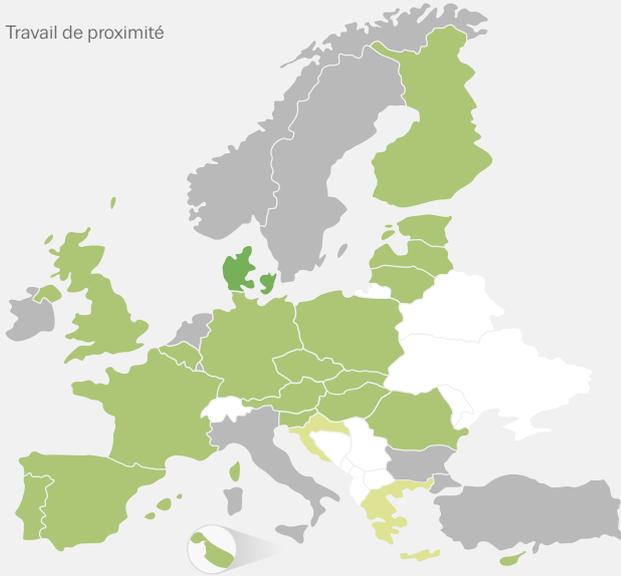
FIGURE 3.2

Disponibilité d'interventions spécifiques dans les milieux de vie nocturne (estimations d'experts, 2011)

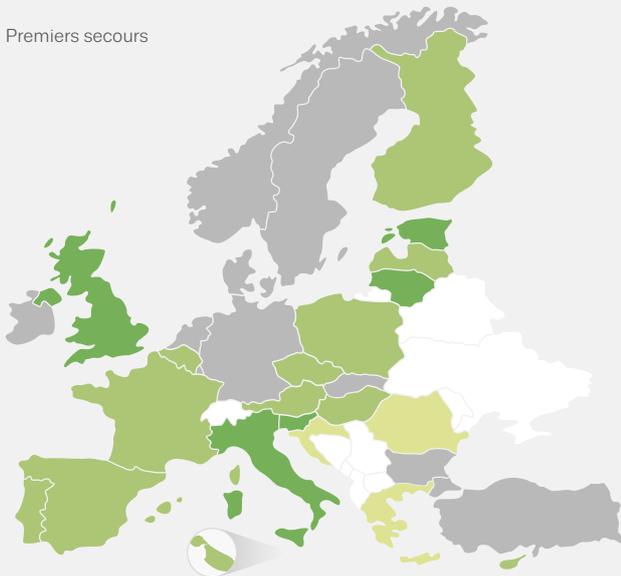
Informations sur les drogues



Travail de proximité



Premiers secours



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

À cet égard, l'approche recommandée doit intégrer des interventions de prévention, de réduction des risques et d'application de la loi.

Un peu plus d'un tiers des pays seulement ont déclaré appliquer des stratégies de prévention et de réduction des risques dans les espaces récréatifs. Certaines de ces stratégies ciblent les individus par la distribution de prospectus d'information, des activités de formation par les pairs et l'intervention d'équipes mobiles. D'autres stratégies adoptent une orientation environnementale, par exemple en octroyant des licences réglementaires aux débits de boissons vendant de l'alcool, en encourageant une attitude responsable du personnel servant de l'alcool, en mettant en œuvre des initiatives de gestion des foules et en garantissant l'accès à de l'eau gratuite et à des transports sûrs en fin de nuit. De telles mesures sont encouragées par l'initiative « club-health.eu » et par les labels de qualité pour des soirées sans risque soutenus par le projet européen « Party+ ». Une analyse de la disponibilité de trois interventions dans les milieux de vie nocturne – distribution de supports d'information, travail de proximité et premiers secours – indique toutefois que ces activités restent limitées dans la plupart des pays (figure 3.2).

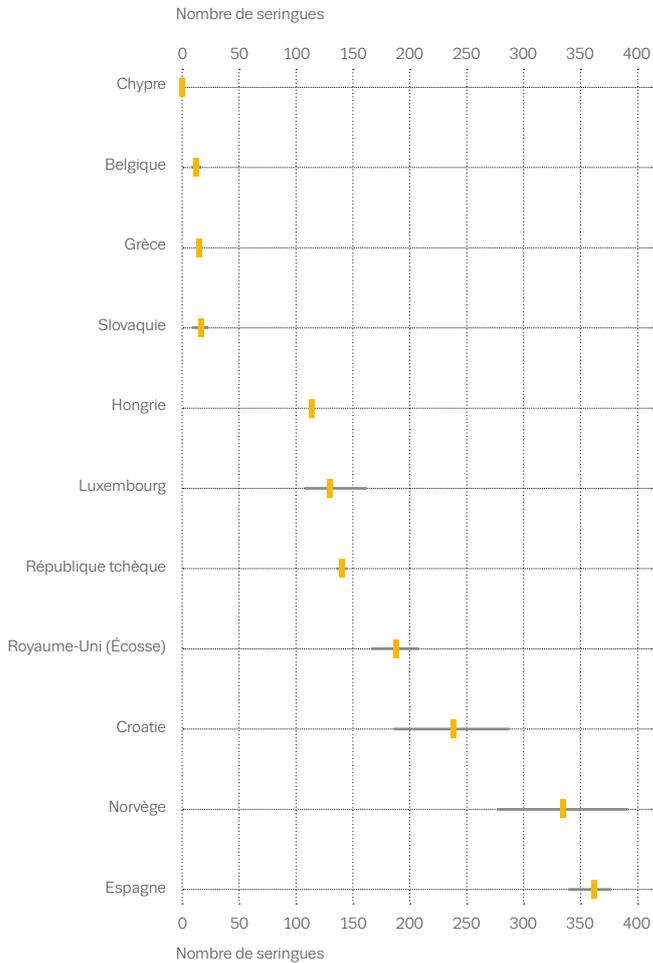
Prévention des maladies infectieuses : le traitement de l'hépatite C mérite plus d'attention

Les usagers de drogue, en particulier par injection, risquent 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 des autres infections est donc un objectif important pour les politiques antidrogue européennes. Pour les usagers d'opiacés par injection, l'efficacité d'un traitement de substitution dans ce domaine a été démontrée dans le cadre de plusieurs analyses récentes et semble augmenter en cas d'association à un programme d'échange de seringues.

Le nombre de seringues distribuées par des programmes spécialisés a augmenté de 34,2 millions en 2005 à 46,3 millions en 2011 dans les 23 pays ayant fourni des données nationales pour ces deux années. Dans les 11 pays pour lesquels des estimations récentes du nombre d'usagers de drogue par injection sont disponibles, les programmes spécialisés ont distribué en moyenne 127 seringues par usager de drogue par injection en 2011, les valeurs absolues variant de moins de 50 à plus de 300 seringues par usager (figure 3.3).

FIGURE 3.3

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

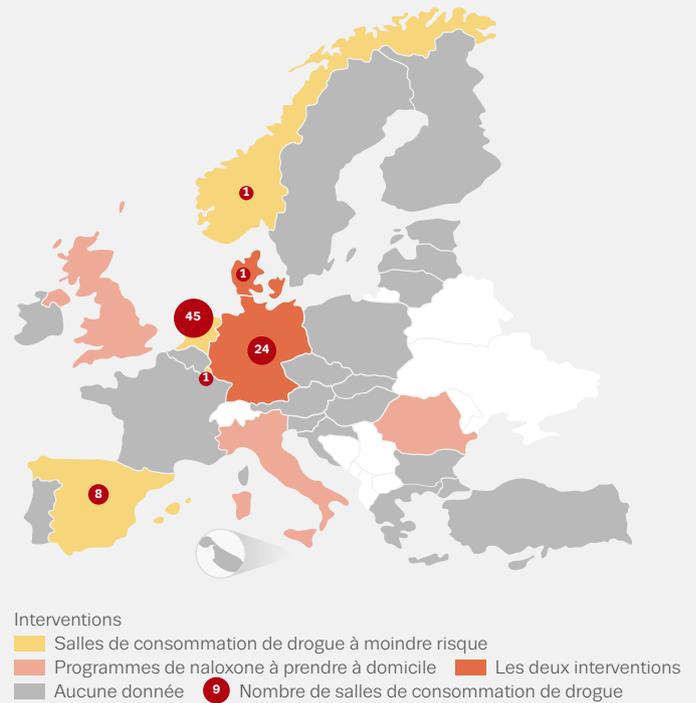


N.B. : données affichées en estimations de pourcentage et intervalles de confiance

Un vaccin sûr et efficace existe pour prévenir la propagation du virus de l'hépatite B (VHB), et 25 pays européens l'ont intégré à leur programme national de vaccination. De plus, seize pays indiquent disposer de programmes ciblés de vaccination contre le VHB pour les usagers de drogue par injection. Concernant l'hépatite C, pour laquelle aucun vaccin n'existe, des mesures de prévention similaires à celles adoptées contre la transmission du VIH sont appliquées. Néanmoins, dans certains pays européens, les initiatives de dépistage et d'orientation relatives à l'hépatite C visant les usagers de drogue par injection restent limitées et peu financées. Des études de modélisation indiquent qu'en convaincant les usagers infectés de suivre un traitement antiviral contre l'hépatite C, il est possible de réduire la transmission du virus. Malgré cela et des données scientifiques de plus en plus nombreuses confirmant l'efficacité de ce traitement chez les usagers de drogue par injection, peu d'usagers reçoivent un traitement antiviral contre l'hépatite C en Europe.

FIGURE 3.4

Pays ayant mis en place des programmes de naloxone à prendre à domicile et des salles de consommation de drogue à moindre risque

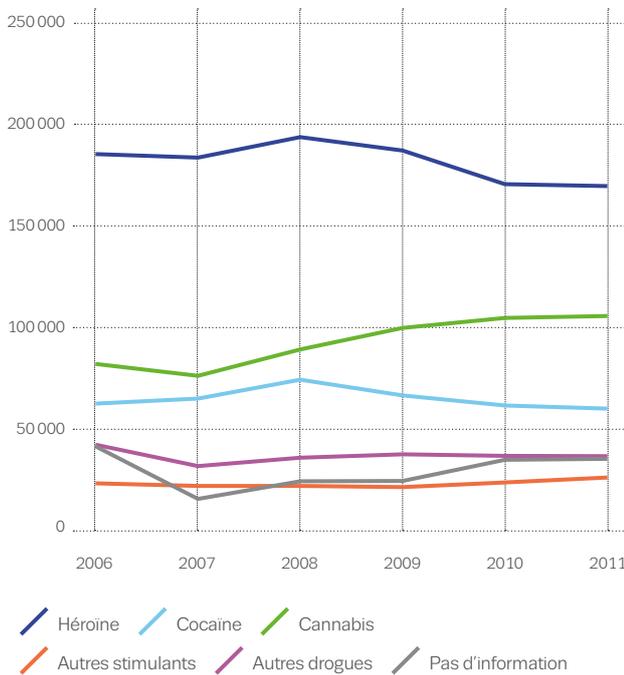


Prévention des décès liés à la drogue : un défi majeur pour la santé publique

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. Le fait d'être en traitement, en particulier en traitement de substitution aux opiacés, réduit de manière significative le risque de mortalité chez les toxicomanes. L'amélioration de l'accès à un tel traitement et le maintien du patient en traitement peuvent donc être considérés comme une mesure importante de prévention des surdoses. Il est toutefois notoire que les risques de surdose augmentent chez les usagers d'opiacés qui sortent de prison ou arrêtent un traitement, probablement en raison d'un niveau réduit de tolérance. Une approche innovante pour réduire ces risques consiste à rendre plus largement disponible la naloxone, une substance antagoniste des opiacés. Cinq pays déclarent mener des projets ou programmes pilotes qui fournissent aux usagers d'opiacés, à leur famille et à leurs soignants de la naloxone à prendre à domicile (figure 3.4). Au Royaume-Uni, une étude a démontré qu'une formation minimale permettrait au personnel médical, y compris aux travailleurs sociaux des services aux toxicomanes, de développer leurs connaissances, leurs compétences et leur assurance en matière de gestion des surdoses d'opiacés et d'administration de la naloxone.

FIGURE 3.5

Nombre de patients entrant en traitement spécialisé pour toxicomanie, par drogue primaire



La majorité des pays indiquent distribuer des supports d'information sur le risque de surdose aux usagers de drogue à problèmes. L'évaluation des risques de surdose réalisée par le personnel médical ou les travailleurs des services aux toxicomanes peut par ailleurs contribuer à l'identification précoce des usagers à haut risque, tandis que les salles de consommation de drogue à moindre risque peuvent permettre d'atteindre les groupes d'usagers de drogue marginalisés. De telles salles de consommation existent dans six pays et peuvent contribuer non seulement à la prévention des décès par surdose mais aussi à réduire l'incidence des surdoses non mortelles.

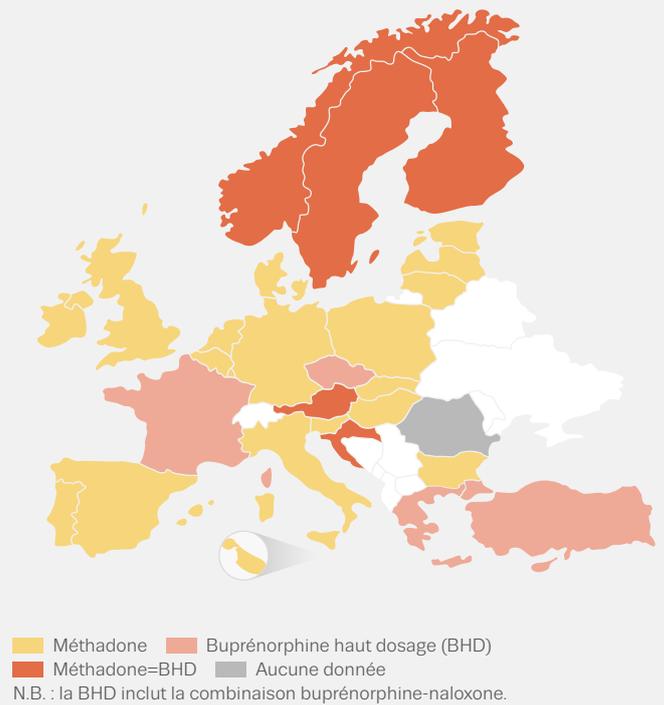
Plus d'un million d'Européens en traitement pour consommation de drogues illicites

Selon les estimations, au moins 1,2 million de personnes ont reçu un traitement pour consommation de drogue illicite en Europe en 2011. Les consommateurs d'opiacés représentent le plus grand groupe de patients en traitement, et les données sur les admissions en traitement (figure 3.5) montrent que les consommateurs de cannabis et de cocaïne formeraient les deuxième et troisième groupes, même si des différences sont observables entre les pays.

En Europe, les principales modalités de traitement des problèmes liés aux consommations de drogues sont

FIGURE 3.6

Principal produit de substitution aux opiacés par nombre de patients



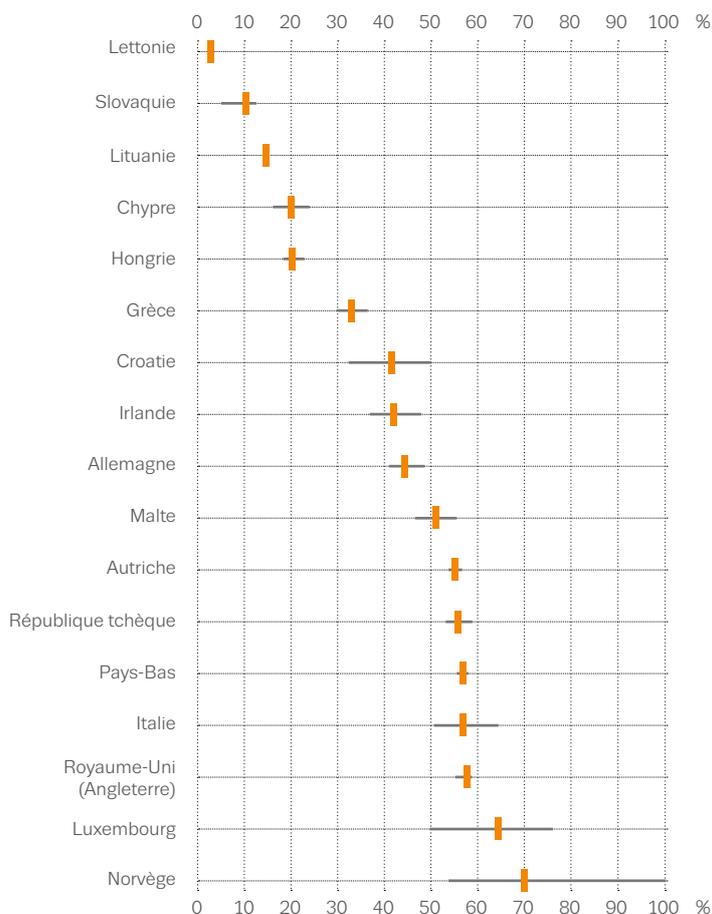
les interventions psychosociales, les traitements de substitution aux opiacés et les cures de désintoxication. La plupart de ces traitements sont dispensés dans des structures ambulatoires, telles que des centres spécialisés, des cabinets de médecine générale et des structures à bas seuil d'exigence. Un pourcentage considérable, quoiqu'en baisse, des traitements est également dispensé en milieu hospitalier.

Pour les usagers d'opiacés, le traitement de substitution est le premier choix

En Europe, le traitement de la dépendance aux opiacés le plus courant est le traitement de substitution, généralement intégré dans un programme d'aide psychosociale et habituellement dispensé dans des centres ambulatoires spécialisés ou dans des cabinets de médecine générale. Près des trois quarts des patients en traitement de substitution aux opiacés reçoivent de la méthadone, la buprénorphine haut dosage étant administrée à la plupart des autres patients. Cette dernière substance est le principal médicament de substitution dans cinq pays (figure 3.6). Moins de 5 % de l'ensemble des traitements de substitution dispensés en Europe reposent sur la prescription d'autres substances, telles que la morphine à libération lente ou la diacétylmorphine (héroïne).

FIGURE 3.7

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



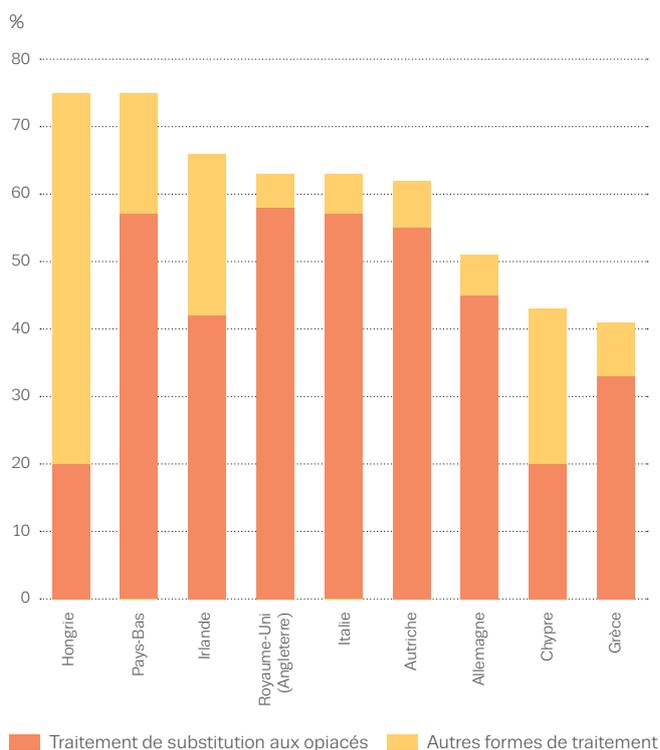
N.B. : données affichées en estimations de pourcentage et intervalles de confiance

Les données disponibles donnent à penser que le traitement de substitution aux opiacés combiné à une aide psychosociale est la modalité la plus efficace pour maintenir les patients en traitement et pour réduire l'usage d'opiacés illicites, ainsi que les risques et la mortalité liés à la drogue. Il a été démontré que la méthadone, la BHD et la diacétylmorphine étaient efficaces pour interrompre le cycle d'intoxication et de sevrage, ce qui aide les patients à se stabiliser et à suivre d'autres types de prise en charge (traitement pour le VIH/sida et l'hépatite, par exemple). Il a également été démontré qu'un traitement de substitution améliorerait la qualité de vie et facilitait la réinsertion sociale.

Le nombre total de consommateurs d'opiacés recevant un traitement de substitution en Europe a été estimé à 730 000 en 2011, contre 650 000 en 2008. Ce chiffre représente probablement quelque 50 % des usagers d'opiacés à problèmes en Europe, un taux de couverture estimé comparable à ceux déclarés en Australie et aux États-Unis. En Europe, toutefois, les taux de couverture

FIGURE 3.8

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



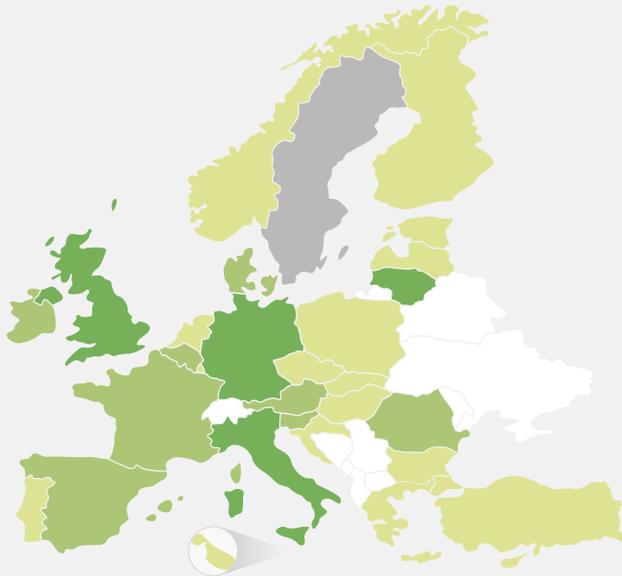
présentent des différences considérables entre les pays, les taux estimés les plus faibles (de 3 à 20 %) étant déclarés en Lettonie, en Slovaquie et en Lituanie (figure 3.7). De longs délais d'attente, compris entre un et six mois, ont été signalés par cinq pays, la Bulgarie et de la Grèce signalant même un délai supérieur à six mois. Toutefois, à la suite des épidémies de VIH apparues parmi les usagers d'héroïne par injection en 2010, la Grèce a récemment accru l'offre de traitements de substitution et est parvenue à réduire les temps d'attente.

Autres traitements pour les usagers d'opiacés : disponibles dans tous les pays

Tous les pays européens proposent un traitement sans médicament de substitution aux usagers d'opiacés. Ce traitement, qui peut être dispensé dans une structure ambulatoire ou en milieu hospitalier, comprend des interventions psychosociales, telles qu'une thérapie cognitive et comportementale, la participation à des communautés thérapeutiques et d'autres approches. Le traitement est généralement précédé d'une cure de désintoxication, qui apporte aux patients une aide pharmaceutique pour gérer les symptômes physiques du sevrage. Les interventions cognitives et comportementales ont montré une certaine efficacité auprès des usagers d'opiacés, mais les données scientifiques ne sont pas encore suffisamment étayées pour permettre d'identifier

FIGURE 3.9

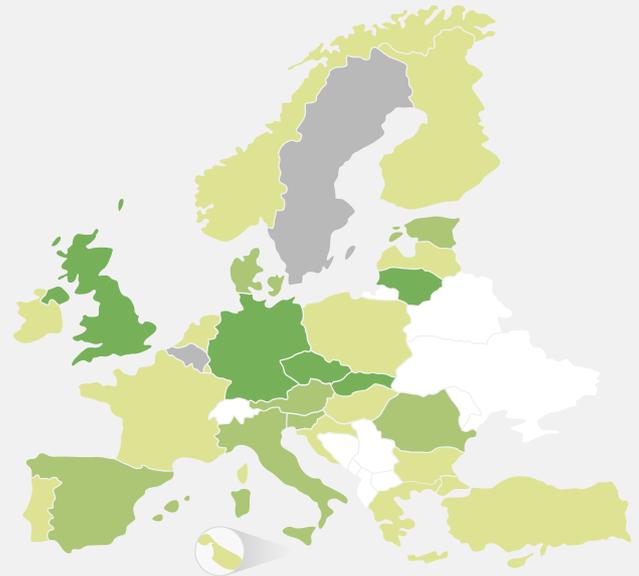
Disponibilité de programmes de traitement spécifiques à l'intention des usagers de cocaïne (estimations d'experts, 2011)



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

FIGURE 3.10

Disponibilité des programmes de traitement spécifiques à l'intention des usagers d'amphétamines (estimations d'experts, 2011)



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

l'intervention la plus efficace. Il n'existe pas encore de données concluantes sur l'efficacité des communautés thérapeutiques exemptes de drogue.

La couverture des approches de traitement autres que les traitements de substitution varie de 5 % à plus de 50 % du total des usagers d'opiacés à problèmes dans les neuf pays qui ont fourni des données suffisantes (figure 3.8). Tous ces pays présentent des taux de couverture de plus de 40 % pour tous les types de traitements dispensés aux usagers d'opiacés à problèmes.

Traitements destinés aux usagers de cocaïne : existence de programmes spécifiques

Les principales options de traitement de la dépendance à la cocaïne sont des interventions psychosociales, parmi lesquelles la gestion des contingences reste l'intervention la plus efficace. Pour ce qui est des médicaments, les agonistes de la dopamine et les substances antipsychotiques peuvent s'avérer efficaces pour réduire la consommation de cocaïne.

Bien que des usagers de cocaïne à problèmes soient parfois pris en charge par des services généraux de soins, des programmes spécialisés s'adressant aux usagers de cocaïne ou de crack existent dans 12 pays (figure 3.9), y compris dans les pays affichant les niveaux les plus

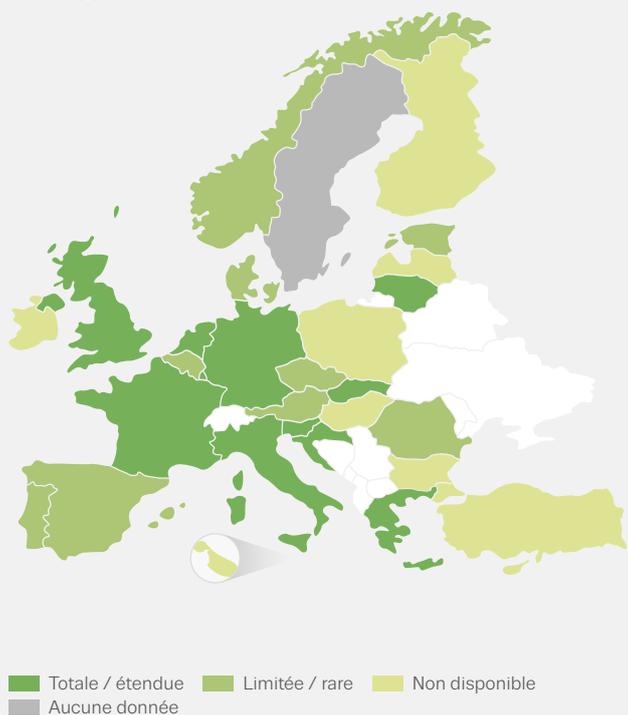
élevés de consommation de cocaïne. Dans certains pays, ces programmes s'adressent à des usagers de cocaïne socialement intégrés qui hésitent à recourir à d'autres services. Au Danemark et en Autriche, le traitement proposé aux consommateurs de cocaïne est également dispensé dans le cadre de programmes de traitement de la polyconsommation. La Bulgarie, Malte et les Pays-Bas ont annoncé la mise en place prochaine de programmes spécifiques de traitement. Des recommandations spécifiques pour le traitement des usagers de cocaïne ont été élaborées au Danemark, en Allemagne et au Royaume-Uni.

Traitement de la dépendance aux amphétamines : des différences géographiques

Les interventions psychosociales dispensées dans les services ambulatoires constituent les principales options de traitement des usagers d'amphétamines. La thérapie cognitive et comportementale et la gestion des contingences, parfois utilisées en combinaison, semblent toutes deux donner des résultats positifs. Plusieurs drogues ont été étudiées dans le cadre d'un traitement médicamenteux de la dépendance à l'amphétamine et à la méthamphétamine mais des données réellement concluantes restent à fournir concernant toute possibilité de thérapie pharmacologique.

FIGURE 3.11

Disponibilité de programmes de traitement spécifiques à l'intention des usagers de cannabis (estimations d'experts, 2011)



Les options de traitement disponibles pour les usagers d'amphétamines en Europe diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Les programmes spécialement adaptés aux besoins des consommateurs d'amphétamines sont principalement proposés dans les pays ayant une longue expérience du traitement de l'usage d'amphétamines (figure 3.10). Par ailleurs, la Bulgarie et la Hongrie ont annoncé la mise en œuvre prochaine de programmes de traitement spécifiques dans leur pays.

Traitement de la dépendance au cannabis : des approches multiples

En Europe, les traitements proposés aux consommateurs de cannabis comprennent des approches très diversifiées. Citons notamment les traitements en ligne, les interventions brèves, les thérapies familiales multidimensionnelles, des thérapies cognitives et comportementales ainsi que d'autres interventions psychosociales structurées en milieu ambulatoire ou hospitalier. Le système de justice pénale, les services d'urgences et de prise en charge des accidents et les services de traitement de la santé mentale jouent un rôle d'orientation important dans certains pays. Depuis quelques années, un nombre croissant d'études évalue l'efficacité des traitements de la dépendance au cannabis. Ainsi, une méta-analyse récente sur la thérapie familiale multidimensionnelle montre que celle-ci a des résultats positifs en termes de réduction de la consommation

de cannabis et de maintien en traitement. Des recherches sont également en cours sur des produits pharmaceutiques qui pourraient soutenir les interventions psychosociales. Par exemple, le rimonabant, un agoniste, a montré des résultats positifs en termes de réduction des problèmes physiologiques aigus liés à l'inhalation de cannabis.

En 2011, plus de la moitié des pays européens ont fait état de la disponibilité de programmes de traitement spécifiques de la dépendance au cannabis (figure 3.11). Par ailleurs, la Bulgarie, Chypre, la Hongrie et la Pologne projettent de mettre en place des programmes dans ce domaine.

GHB : options de traitement à l'étude

La dépendance au gamma-hydroxybutyrate (GHB) est un état clinique reconnu, pouvant provoquer un syndrome de sevrage sévère après un usage régulier ou chronique. Jusqu'à présent, les études se sont concentrées sur la description de ce syndrome et sur les complications connexes, qui peuvent être difficiles à identifier en cas d'urgence. Pour l'instant, aucun protocole standard n'a été mis au point pour le traitement du syndrome de sevrage du GHB, mais des recherches sont menées aux Pays-Bas sur une désintoxication contrôlée avec l'utilisation de produits pharmaceutiques contenant du GHB.

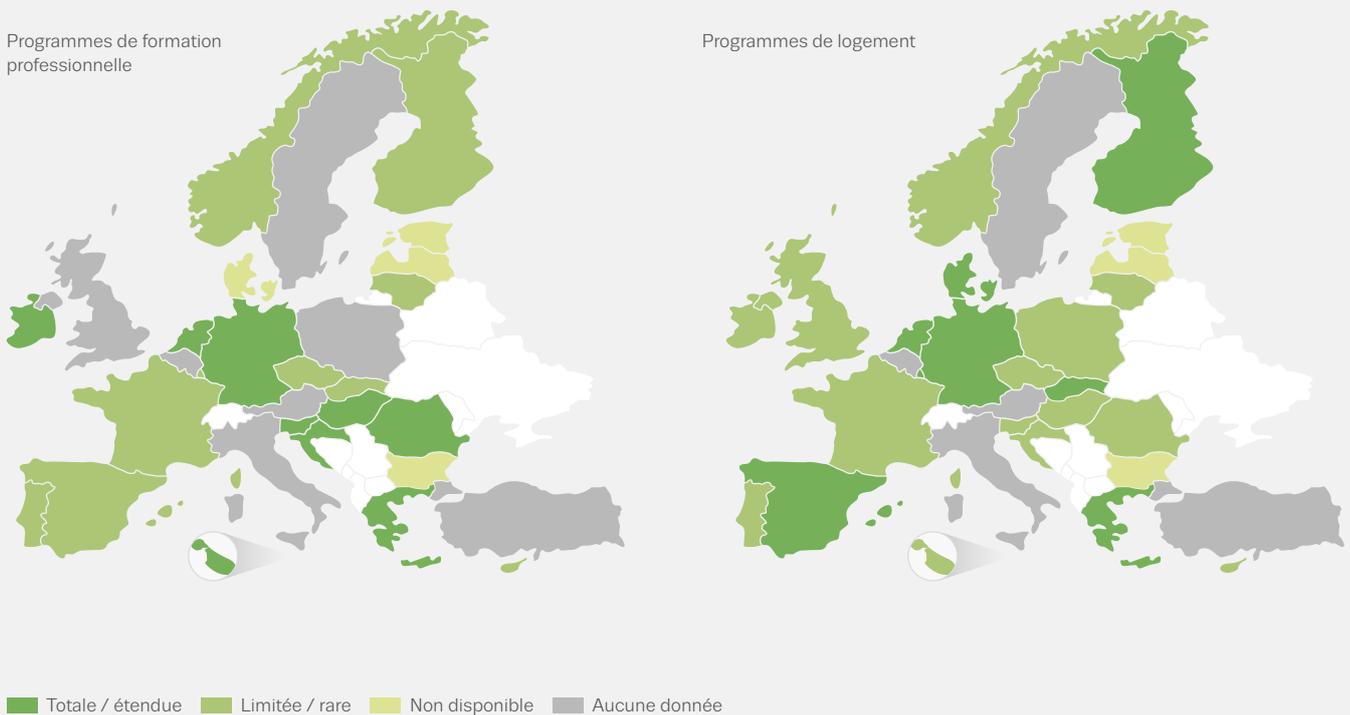
Réinsertion sociale : le chaînon manquant ?

Les données relatives aux patients ayant entamé un traitement en 2011 montrent qu'environ la moitié d'entre eux étaient au chômage (47 %) et que près d'un sur dix n'avait pas de logement stable (9 %). Une autre caractéristique courante parmi les patients en traitement est le faible niveau d'éducation, 36 % d'entre eux n'ayant achevé que l'enseignement primaire et 2 % n'ayant même pas atteint ce niveau.

Les services de réinsertion sociale, qui englobent l'amélioration des aptitudes sociales, la promotion de l'éducation et de l'employabilité et la réponse aux besoins de logement, peuvent être fournis parallèlement au traitement ou au terme de celui-ci. Bien que de tels services de réinsertion sociale existent dans la plupart des pays (figure 3.12), ils ne suffisent en général pas à répondre aux besoins. De plus, l'accès à ces services est souvent assorti de conditions. Par exemple, il peut être lié à l'abstinence ou à la possession d'un logement stable, ce qui peut avoir pour effet d'exclure certaines des personnes qui ont le plus besoin d'aide.

FIGURE 3.12

Disponibilité de programmes de réinsertion sociale à destination des toxicomanes en traitement
(estimations d'experts, 2010)



Le succès des mesures de réinsertion sociale dépend souvent d'une collaboration efficace entre différents types de services d'aide. Ce thème a été abordé récemment dans une enquête menée par l'EMCDDA, dans laquelle 17 pays sur 28 ont fait état de l'existence d'accord de partenariat entre des organismes de traitement de la toxicomanie et des services de soutien dans des domaines comme le logement ou l'emploi.

Mesures destinées aux détenus encore trop peu développées

Par rapport à la population générale, les détenus présentent des taux globalement plus élevés de consommation de drogue, mais aussi des modes de consommation plus dangereux, comme l'indiquent des études récentes 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 de drogue 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.

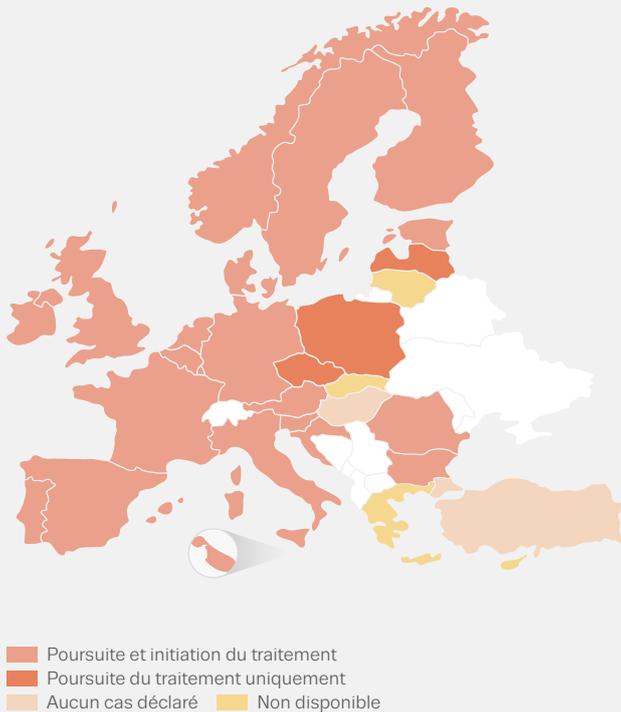
Dans la mesure où les détenus ayant des problèmes de drogue ont souvent des besoins sanitaires multiples et complexes, qui peuvent nécessiter un travail pluridisciplinaire et spécialisé de la part de services

médicaux, il importe de procéder à une évaluation de ces besoins au moment de l'incarcération. La plupart des pays ont mis en place des partenariats entre les services de santé des prisons et des prestataires actifs au sein de la communauté, afin de proposer des interventions d'éducation sanitaire et de traitement en prison, mais aussi pour assurer la continuité du traitement lors de l'incarcération ou de la sortie de prison. Sept pays européens ont chargé leur ministère de la santé d'assumer la responsabilité de la santé dans les prisons. Dans l'ensemble, toutefois, les services en matière de drogue fournis dans les prisons sont souvent à la traîne par rapport à ceux offerts en dehors, malgré un engagement général en faveur du principe de l'équivalence des soins.

Les services en lien avec les drogues fournis dans les prisons européennes couvrent une vaste gamme d'interventions, parmi lesquelles la fourniture d'informations, le conseil et la prise en charge, des mesures de réduction des risques et la préparation à la sortie. Un dépistage des infections, en particulier du VIH, est fréquemment proposé au moment de l'incarcération et, dans quelques pays, également à la sortie de prison. En revanche, le dépistage du VHC n'est pas toujours inclus dans les programmes de dépistage actuels. La fourniture de matériel d'injection propre est rare en milieu carcéral, seuls quatre pays déclarant que des seringues sont disponibles dans au moins une prison.

FIGURE 3.13

Disponibilité des traitements de substitution aux opiacés dans les prisons



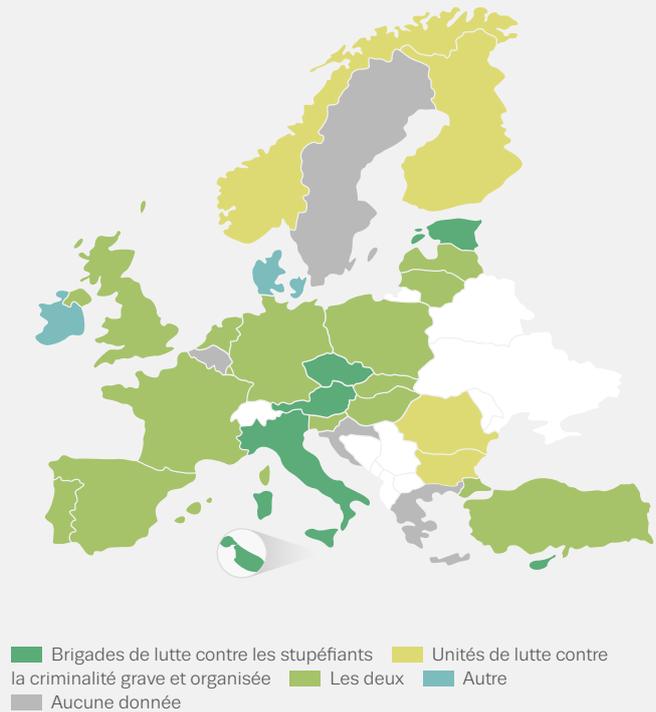
Dans la plupart des pays, des traitements de substitution aux opiacés existent maintenant dans les prisons, mais leur introduction a été plus lente qu'à l'extérieur. Selon une estimation récente, au moins 74 000 détenus auraient reçu ce traitement au cours de l'année, même si les niveaux d'offre varient considérablement entre les pays. Il peut aussi y avoir des restrictions, ainsi, certains pays ne fournissent un traitement de substitution qu'aux détenus qui en recevaient déjà un avant leur incarcération (figure 3.13).

Réduction de l'offre de drogue : rôle moindre des brigades en charge de la lutte contre les stupéfiants

Si les interventions de réduction de la demande sont largement documentées, la collecte systématique de données sur les activités de réduction de l'offre est par contre beaucoup plus rare, et ce malgré le fait que ces dernières activités mobilisent souvent la majeure partie des budgets nationaux de lutte contre la drogue. La répression antidrogue constitue un élément clé de la réduction de l'offre. L'EMCDDA a récemment lancé un projet pilote visant à améliorer la description et la compréhension de l'organisation des activités dans ce domaine. Le point de départ de ce projet a consisté à cartographier les organismes officiels de répression dont la mission première est de détecter les infractions à la législation sur les stupéfiants et d'enquêter sur celles-ci.

FIGURE 3.14

Types d'organismes de répression antidrogue spécialisés en Europe



Ces organismes appartiennent à deux grands types : les «brigades des stupéfiants» et les agences de lutte contre le crime organisé ayant pour mission spécifique de réduire l'offre de drogue.

Au moins l'un de ces deux types d'organisations existe dans 26 pays, qui ont fait état d'un total de plus de 1 000 unités dotées de missions spécifiques de lutte contre la drogue (figure 3.14). Le nombre d'agents de répression spécialisés en drogues illicites a été estimé pour 23 pays et s'élèverait au moins à 17 000 agents spécialisés, appartenant essentiellement aux forces de police. Même si les chiffres communiqués ne sont pas toujours directement comparables, on peut estimer que les agents spécialisés représentent entre 0,2 et 3,3 % de l'ensemble des agents de répression au niveau national.

La majorité des brigades en charge de la question des stupéfiants et des agences de lutte contre le crime organisé ayant pour mission spécifique de réduire l'offre de drogue font partie des forces de police et, dans un petit nombre de cas, des services douaniers. En outre, 11 pays font état de l'existence d'une coopération entre agences, habituellement sous la forme de brigades ou d'unités conjointes de police et de douanes, mais aussi parfois avec d'autres organismes tels que des agences de surveillance des côtes ou des frontières. Ces coopérations entre agences ne concernent toutefois que 42 organismes sur les plus de 1 000 identifiés.

Bien que 21 pays signalent l'existence de brigades en matière de stupéfiants, les données indiquent que, dans l'ensemble, cette forme d'unité spécialisée serait en recul en Europe, au profit de la mise en place d'agences plus complètes ciblant la «criminalité grave et organisée». Cette évolution reflète, dans une certaine mesure, certains changements à l'échelle de l'UE : l'offre de drogue est de plus en plus souvent considérée comme l'une des dimensions interconnectées de la lutte contre le crime organisé, tant à travers l'évaluation de la menace de la criminalité grave et organisée réalisée par Europol que par le cycle politique du Conseil européen relatif aux formes graves de criminalité internationale.

Le nombre d'agents de répression spécialisés en drogues illicites a été estimé pour 23 pays et s'élèverait au moins à 17 000 agents spécialisés

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2012

Réduction de la demande de drogue : preuves scientifiques mondiales pour actions locales, Objectif drogues, n° 23.

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

New heroin-assisted treatment, série Insights de l'EMCDDA.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, question spécifique.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, série Insights de l'EMCDDA.

2011

European drug prevention quality standards, manuel.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, question particulière.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, monographies de l'EMCDDA.

Treatment and care for older drug users, question spécifique.

2009

Internet-based drug treatment interventions, série Insights de l'EMCDDA.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, partie III, Prevention and treatment, monographies de l'EMCDDA.

Publications de l'EMCDDA et de l'ECDC

2011

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

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

4

En Europe, les politiques antidrogue sont appliquées dans le contexte général formé par le système international de contrôle, qui repose lui-même sur trois conventions des Nations unies

Politiques antidrogue

En Europe, il incombe aux gouvernements et aux parlements nationaux d'adopter les cadres juridique, stratégique, organisationnel et budgétaire nécessaires pour répondre aux problèmes liés aux drogues. Parallèlement, la législation et les stratégies pluriannuelles de l'UE en matière de lutte contre la drogue forment un cadre pour une action coordonnée. Ensemble, ces éléments constituent les politiques antidrogue qui permettent aux pays d'élaborer et de mettre en œuvre les interventions de réduction de la demande et de l'offre examinées dans ce rapport.

Les indicateurs de suivi des politiques antidrogue

Les dimensions politiques clés qui peuvent faire l'objet d'un suivi au niveau européen sont : les lois antidrogue et les infractions à ces lois, les stratégies et plans d'action antidrogue nationaux, les mécanismes de coordination et d'évaluation des politiques, ainsi que les budgets et les dépenses publiques relatifs à la lutte contre la drogue. Les données sont collectées par deux réseaux de l'EMCDDA : les points focaux nationaux et les correspondants juridiques. Des données et des repères méthodologiques sur les infractions à la législation sur les stupéfiants peuvent être trouvés dans le bulletin statistique. Des informations exhaustives sur la politique et la législation antidrogue européennes sont par ailleurs accessibles en ligne.

Lois antidrogue : un cadre commun

En Europe, les politiques antidrogue sont appliquées dans le contexte général formé par le système international de contrôle, qui repose lui-même sur trois conventions des Nations unies. Ce système établit un cadre pour le contrôle de la production, du commerce et de la possession de plus de 240 substances psychoactives, dont la plupart ont un usage médical reconnu. Lesdites conventions obligent chaque pays à considérer l'offre de drogue non autorisée comme une infraction pénale. Le même traitement est requis pour la possession 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 par les pays européens, comme en témoignent les différentes approches juridiques dans ce domaine.

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

Dans la plupart des pays européens, la possession de drogue pour usage personnel – et parfois la consommation de drogue – est une infraction pénale punissable d'une peine de prison. Dans certains pays, toutefois, cet acte ne peut donner lieu qu'à des sanctions non pénales, telles qu'une amende ou le retrait du permis de conduire. La substance en cause est un autre facteur pris en considération dans une telle situation. Dans les deux tiers des pays européens, les lois nationales prescrivent la même sanction en cas de délit de possession pour un usage personnel, quelle que soit la substance. Dans les autres pays, la sanction varie selon la substance.

Depuis l'an 2000 environ, la tendance générale en Europe a été de réduire la possibilité d'infliger une peine de prison au motif de la possession de drogue pour usage personnel. Certains pays ont modifié leur législation afin d'en supprimer les peines de prison dans ce cas (par exemple, le Portugal, la Slovaquie, la Bulgarie et, plus récemment, la Croatie), tandis que d'autres ont émis des directives nationales enjoignant la police ou les procureurs d'appliquer des sanctions autres qu'un emprisonnement. L'approche adoptée au Portugal a été très suivie au niveau international. Les mesures introduites par ce pays en 2001 ont diminué l'importance des sanctions et orienté les usagers de drogue vers un réseau de « commissions de dissuasion », géré par le ministère de la santé.

Dans la plupart des pays européens, la majorité des cas d'infractions liées aux drogues concernent l'usage de drogue ou la possession pour usage personnel. Pour l'ensemble de l'Europe, ces infractions ont atteint un total de plus d'un million en 2011, soit une augmentation de 15 % par rapport à 2006. Plus des trois quarts de ces infractions concernaient le cannabis (figure 4.1).

Les condamnations fournissent des indications sur l'application des lois et les résultats concrets dans les cas d'infractions pour usage de drogue ou possession pour usage personnel en Europe. En 2009, les données collectées par l'EMCDDA ont montré que de nombreux pays infligeaient des amendes, des avertissements ou des peines de travail d'intérêt général pour sanctionner la possession de drogue pour usage personnel. Toutefois, certains pays d'Europe centrale et orientale, tels que la Bulgarie, la Pologne, la Roumanie, la Slovaquie et la Croatie, avaient davantage tendance à appliquer des peines d'emprisonnement avec sursis.

L'offre de drogue : des sanctions diverses

L'offre de drogue illicite est toujours un délit en Europe, mais les sanctions maximales possibles varient considérablement. Dans certains pays, un délit d'offre de drogue peut 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 de drogue saisie. Ces délits sont assortis de peines maximales correspondantes. Une autre approche, constatée dans 14 des 30 pays étudiés ici, consiste à faire varier la sanction en fonction de la drogue saisie (figure 4.2).

FIGURE 4.1

Infractions liées à l'usage de drogue ou à la possession pour usage personnel en Europe ; tendances et ventilation par produit (drogues principales)

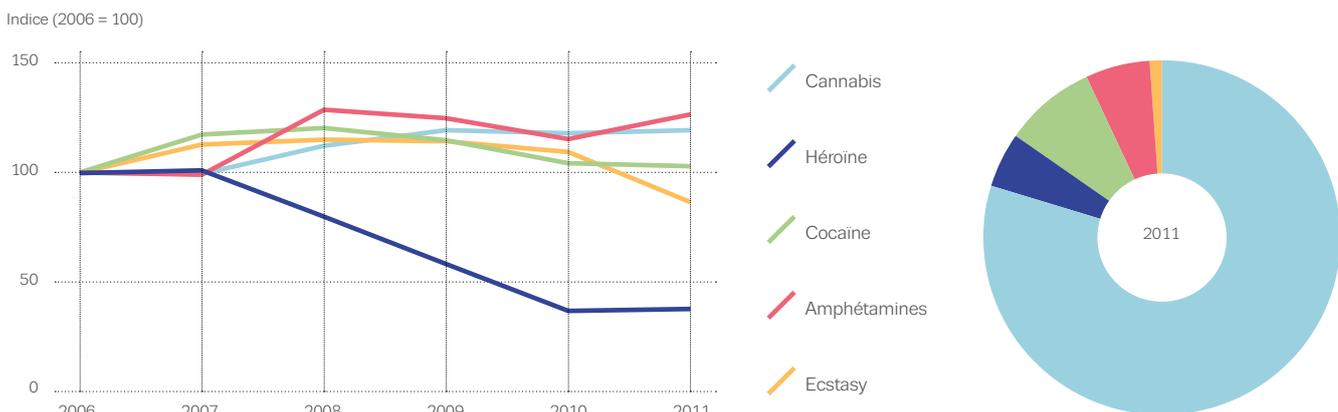


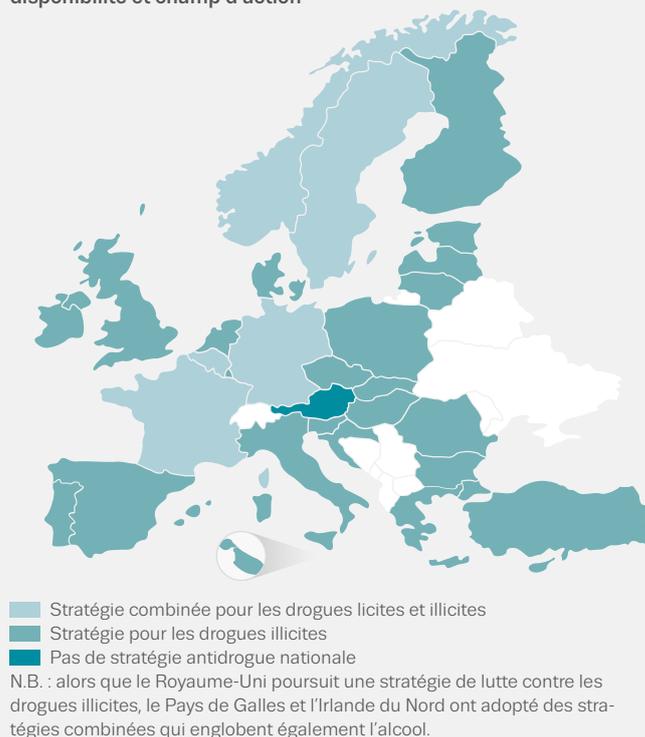
FIGURE 4.2

Sanctions pour infractions à la législation sur les stupéfiants : variation en fonction de la drogue



FIGURE 4.4

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



Les déclarations d'infractions liées à l'offre de drogue ont augmenté de 25 % depuis 2006, dépassant les 225 000 cas en 2011. Pour ce qui est des infractions pour possession de drogue, le cannabis représentait la majorité des infractions liées à l'offre. La cocaïne, l'héroïne et les amphétamines représentaient cependant une part plus importante des infractions pour offre que pour possession pour usage personnel (figure 4.3).

Les statistiques des condamnations dans plusieurs pays pour 2009 montrent qu'une infraction liée à

l'offre de drogue a plus de risque de déboucher sur une peine d'emprisonnement qu'une infraction liée à l'usage de drogue. Néanmoins, les peines maximales étaient rarement ou jamais infligées, et les peines d'emprisonnement moyennes étaient courtes et souvent assorties d'un sursis, ce qui donne à penser que peu de délinquants étaient considérés comme de grands trafiquants. Ces statistiques montrent également que les condamnations moyennes variaient selon le type de drogue, même dans les pays où les drogues sont considérées sur le même pied au regard de la loi.

FIGURE 4.3

Infractions liées à l'offre de drogue en Europe ; tendances et ventilation par drogue (drogues principales)

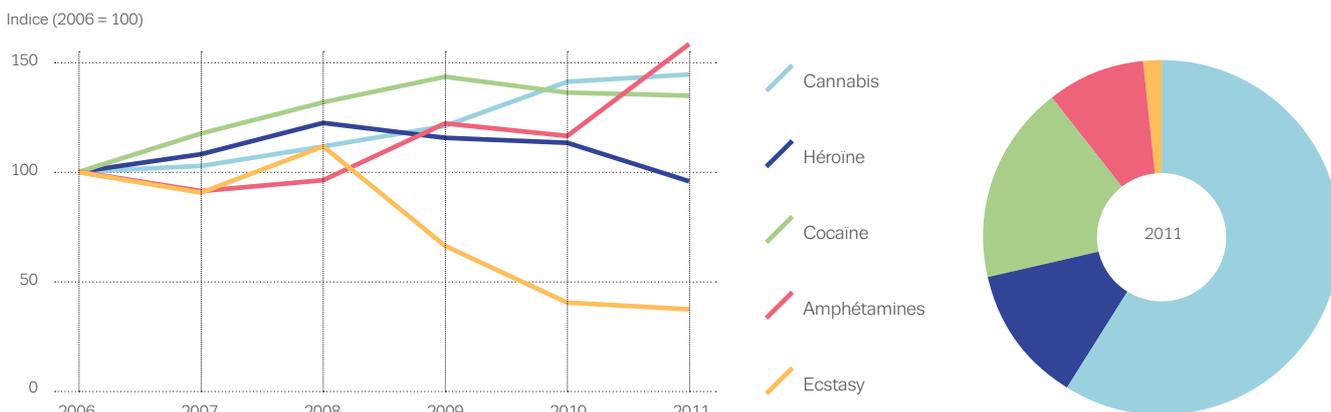
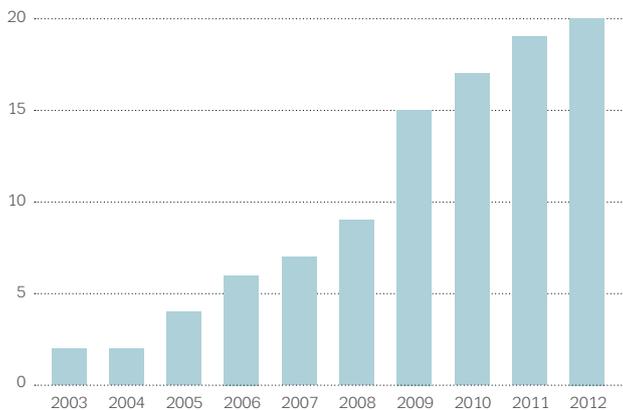


FIGURE 4.5

Nombre cumulé de pays ayant réalisé une évaluation de leur stratégie antidrogue nationale



Stratégies antidrogue nationales : une norme européenne

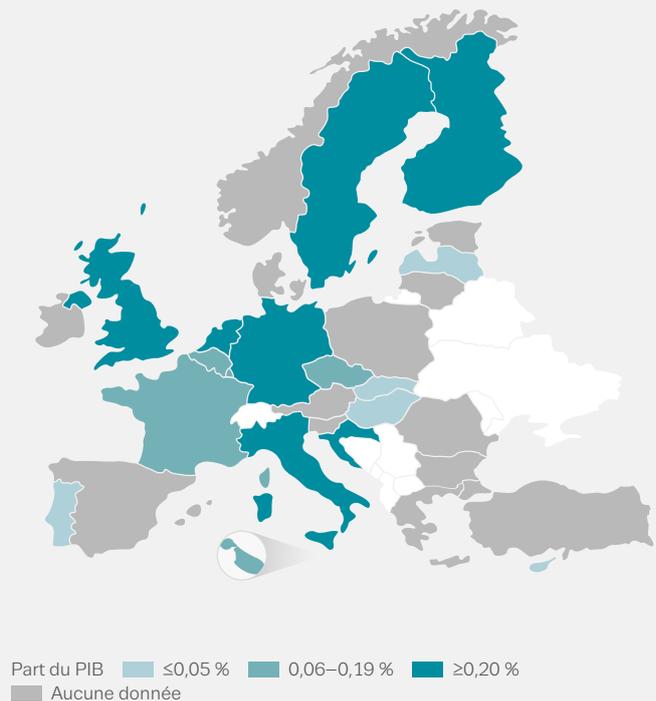
Depuis la fin des années 1990, les gouvernements nationaux de l'Europe ont pris l'habitude d'adopter des stratégies et des plans d'action de lutte contre la drogue. Ces documents limités dans le temps contiennent un ensemble de principes généraux, d'objectifs et de priorités et spécifient les actions à entreprendre et les responsables chargées de leur mise en œuvre. Tous les pays ont maintenant une stratégie ou un plan d'action antidrogue national, à l'exception de l'Autriche, qui a adopté des plans au niveau provincial. Cinq pays ont adopté des stratégies et des plans d'action nationaux qui couvrent les drogues licites et illicites (figure 4.4).

Appui aux stratégies antidrogue : mécanismes de coordination et d'évaluation

Parallèlement au développement des stratégies antidrogue nationales, certains pays ont également mis en place des mécanismes pour coordonner la mise en œuvre de leur politique antidrogue. Au niveau national, la plupart des pays ont établi une commission interministérielle sur la drogue, complétée par un organisme national de coordination en la matière qui est chargé de la gestion quotidienne des activités. Dans 14 pays, cet organisme est rattaché au ministère de la santé et, dans d'autres, au cabinet du gouvernement ou du Premier ministre, au ministère de l'intérieur ou à d'autres ministères. En outre, 22 pays indiquent avoir nommé officiellement un coordinateur national en matière de drogue, qui est souvent responsable de l'organisme national de coordination. Les coordinateurs nationaux se réunissent au niveau de l'UE.

FIGURE 4.6

Estimations les plus récentes des dépenses publiques liées à la politique antidrogue (en % du PIB)



À l'échelle régionale ou locale, des agences de coordination, des coordinateurs de la lutte antidrogue ou les deux existent dans la majorité des pays. De plus, dans certains pays, en particulier ceux dotés d'une structure fédérale, des organismes de coordination verticale encouragent la coopération entre les niveaux national et local. Dans d'autres pays, la coordination au niveau régional ou local est souvent directement supervisée par les organismes nationaux.

Ces dernières années, l'Union européenne et un nombre croissant de pays ont réalisé une évaluation de leur stratégie ou plan d'action antidrogue (figure 4.5). Leur but est généralement d'évaluer le niveau de mise en œuvre atteint, ainsi que les modifications apportées à la situation

La plupart des pays ont établi une commission interministérielle sur la drogue, complétée par un organisme national de coordination en la matière qui est chargé de la gestion quotidienne des activités

globale en matière de drogue, cela afin de documenter l'élaboration de la stratégie suivante. En Europe, la majorité de ces évaluations sont internes, réalisées par l'agence ou l'institution responsable du plan d'action, mais de plus en plus de pays commandent des évaluations conjointes ou externes. Actuellement, la plupart des pays européens projettent d'entreprendre une évaluation de leur stratégie antidrogue en cours.

Évaluation économique : nécessité d'obtenir des données de meilleure qualité

L'évaluation économique est un outil qui peut revêtir une grande importance pour l'évaluation de la politique, dans la mesure où elle étudie les coûts et avantages comparatifs des différentes approches. Toutefois, la quantité et la qualité des informations disponibles en matière de dépenses publiques liées à la lutte contre la drogue en Europe restent très limitées, ce qui constitue un obstacle majeur pour toute analyse de coût-efficacité. On a toutefois constaté une augmentation du nombre de pays qui ont essayé d'estimer, au moins une fois au cours de la dernière décennie, les dépenses consenties par leur gouvernement pour la politique antidrogue. Ces pays font état d'estimations des dépenses comprises entre 0,01 et 0,7 % du PIB (figure 4.6), bien qu'il soit difficile d'établir des comparaisons entre les pays en raison des grandes différences de portée et de qualité des estimations. Néanmoins, malgré ces limites, il ressort des informations disponibles que les activités de réduction de l'offre de drogue représentent la majeure partie des dépenses publiques consacrées à la politique antidrogue dans la plupart des pays.

À l'instar de nombreuses autres régions du monde, l'Europe subit toujours les conséquences du récent ralentissement économique. Ces répercussions peuvent prendre la forme d'une croissance économique négative, d'une hausse du taux de chômage, en particulier parmi les jeunes, et de coupes dans les dépenses publiques. Les budgets consacrés aux domaines de la santé, de l'ordre public et de la sécurité ont parfois été réduits. Or ce sont ces budgets qui sont sollicités pour la plupart des dépenses publiques liées à la politique antidrogue. Actuellement, l'étendue des mesures d'assainissement budgétaire ou d'austérité et leur impact diffèrent considérablement entre les pays européens. La Lettonie, la Lituanie et l'Estonie sont les pays qui ont imposé les plus fortes réductions des dépenses publiques. Plusieurs pays européens indiquent également avoir opéré des coupes dans les programmes et services relatifs à la drogue.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, dossier thématique.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, question spécifique.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, question spécifique.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, question spécifique.

2005

L'usage illicite des stupéfiants dans l'UE : approches juridiques, dossier thématique.

Publications 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 et
constituent un sous-ensemble
du bulletin statistique 2013 de
l'EMCDDA, dans lequel le lecteur
peut accéder à d'autres chiffres,
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 | – | 36,8 (2 176) | 18 (403) | 19,7 (399) | 16,3 (60) | 17 701 |
| Bulgarie | – | 79,3 (1 877) | 93,2 (275) | 85,9 (1 300) | 84,2 (223) | 3 452 |
| République tchèque | 1,2–1,3 | 19,4 (1 791) | 9,9 (443) | 86,3 (1 528) | 83,1 (359) | 5 200 |
| Danemark | – | 17,5 (663) | 7,1 (102) | 33,9 (193) | 23 (20) | 7 600 |
| Allemagne | 2,9–3,4 | 44,3 (31 450) | 19,2 (3 576) | 36,2 (13 827) | 33,2 (1 491) | 76 200 |
| Estonie | – | 91,4 (486) | 80,4 (131) | 84,5 (410) | 84 (110) | 1 076 |
| Irlande | 6,2–8,1 | 57,9 (4 930) | 39 (1 457) | 31 (1 488) | 22,9 (327) | 8 729 |
| Grèce | 2,5–3,0 | 80,6 (4 693) | 73,4 (1 886) | 41,3 (1 930) | 38,7 (729) | 6 783 |
| Espagne | 1,1–1,3 | 34,3 (18 374) | 18,2 (4 881) | 15,8 (2 756) | 10,2 (481) | 82 372 |
| France | – | 40,7 (14 987) | 20,2 (2 042) | 17,7 (2 097) | 12,3 (226) | 145 000 |
| Italie | 4,3–5,4 | 55,3 (23 416) | 42,4 (9 706) | 57,5 (12 566) | 50,5 (4 603) | 109 987 |
| Chypre | 1,3–2,0 | 36,7 (365) | 10,8 (48) | 52,6 (191) | 46,8 (22) | 188 |
| Lettonie | 5,0–9,9 | 52,9 (1 044) | 34,1 (126) | 93,3 (935) | 88,4 (107) | 277 |
| Lituanie | 2,3–2,4 | – | 72,1 (181) | – | 98,6 (136) | 798 |
| Luxembourg | 5,0–7,6 | 67,4 (151) | – | 58,9 (89) | – | 1 228 |
| Hongrie | 0,4–0,5 | 6,8 (325) | 2,3 (75) | 66,8 (203) | 49,3 (34) | 639 |
| Malte | 6,9–8,2 | 78,7 (1 434) | 45,4 (83) | 62,5 (893) | 59 (49) | 1 107 |
| Pays-Bas | 1,6–1,6 | 12,8 (1 674) | 6 (461) | 8,9 (91) | 16 (46) | 10 085 |
| Autriche | 5,2–5,5 | 64,5 (2 426) | 41,3 (566) | 42,2 (987) | 26,8 (146) | 16 782 |
| Pologne | – | 48,2 (643) | 14,7 (53) | 77 (488) | 46,2 (24) | 2 200 |
| Portugal | – | 70,1 (2 637) | 54,4 (980) | 15,4 (147) | 13,1 (80) | 26 531 |
| Roumanie | – | 35 (648) | 29,6 (339) | 91,5 (590) | 90,2 (305) | 742 |
| Slovénie | – | 86,6 (451) | 74,9 (155) | 56,8 (256) | 49,7 (77) | 3 557 |
| Slovaquie | 1,0–2,5 | 33,7 (691) | 22,7 (217) | 75,7 (514) | 63,1 (137) | 500 |
| Finlande | – | 62,2 (898) | 43,8 (109) | 81,8 (719) | 66,7 (72) | 2 000 |
| Suède | – | 24,8 (1 541) | 16,5 (255) | 55,7 (857) | 26,6 (69) | 3 115 |
| Royaume-Uni | 8,0–8,6 | 59,3 (68 112) | 40 (18 005) | 33,2 (22 081) | 29,2 (5 156) | 177 993 |
| Croatie | 3,2–4,0 | 80,9 (6 198) | 29,8 (343) | 74,5 (4 530) | 53,3 (171) | 4 074 |
| Turquie | 0,2–0,5 | 70,3 (1 488) | 64,7 (701) | 50,9 (746) | 48 (333) | 8 074 |
| Norvège | 2,1–3,9 | 37,5 (2 884) | – | 73,1 (160) | – | 6 640 |

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 | 4 | 12,9 (764) | 13,6 (304) | 6,0 (37) | 1,2 (3) |
| Bulgarie | 1,7 | 1,5 | 3 | 0,8 (20) | 1,4 (4) | 30 (3) | 0 (0) |
| République tchèque | 1,4 | 1,1 | 1 | 0,3 (30) | 0,3 (14) | 3,4 (1) | 0 (0) |
| Danemark | 4,4 | 2,5 | 2 | 5,1 (193) | 5,8 (84) | 10,1 (17) | 0 (0) |
| Allemagne | 3,3 | 1,8 | 3 | 5,9 (4 212) | 6,2 (1 164) | 19,8 (3 007) | 8,7 (256) |
| Estonie | – | 1,3 | – | – | – | – | – |
| Irlande | 6,8 | 2,8 | 3 | 10 (850) | 13,3 (496) | 1,3 (11) | 0,4 (2) |
| Grèce | 0,7 | 0,2 | 1 | 4,3 (248) | 4,2 (109) | 19 (47) | 10,1 (11) |
| Espagne | 8,8 | 3,6 | 3 | 41,4 (22 131) | 45,3 (12 148) | 2,3 (480) | 1,4 (167) |
| France | 3,66 | 1,85 | 4 | 6,9 (2 544) | 5,1 (519) | 10,2 (215) | 4,4 (21) |
| Italie | 4,2 | 1,3 | 2 | 24,3 (10 271) | 30,3 (6 938) | 5,3 (516) | 4,1 (273) |
| Chypre | 3 | 2,2 | 4 | 10,1 (100) | 7 (31) | 1 (1) | 0 (0) |
| Lettonie | 1,5 | 0,3 | 4 | 0,4 (7) | 0,3 (1) | 0 (0) | 0 (0) |
| Lituanie | 0,5 | 0,3 | 2 | – | 0,8 (2) | – | 0 (0) |
| Luxembourg | – | – | – | 18,3 (41) | – | 39 (16) | – |
| Hongrie | 0,9 | 0,4 | 2 | 1,6 (78) | 1,6 (52) | 2,7 (2) | 0 (0) |
| Malte | 0,4 | – | 4 | 12,5 (228) | 28,4 (52) | 24,8 (56) | 17,6 (9) |
| Pays-Bas | 5,2 | 2,4 | 2 | 24,6 (3 220) | 20,3 (1 560) | 0,3 (6) | 0 (0) |
| Autriche | 2,2 | 1,2 | – | 6 (226) | 7,6 (104) | 7 (15) | 3 (3) |
| Pologne | 1,3 | 1,3 | 3 | 1,3 (17) | 2,2 (8) | 0 (0) | 0 (0) |
| Portugal | 1,9 | 1,2 | 4 | 10,5 (397) | 14,4 (259) | 3,6 (8) | 1 (2) |
| Roumanie | 0,3 | 0,2 | 2 | 1,2 (22) | 1,6 (18) | 4,8 (1) | 5,9 (1) |
| Slovénie | – | – | 3 | 3,5 (18) | 3,9 (8) | 44,4 (8) | 25 (2) |
| Slovaquie | 0,6 | 0,4 | 2 | 0,8 (17) | 1,6 (15) | 0 (0) | 0 (0) |
| Finlande | 1,7 | 0,6 | 1 | 0,1 (1) | 0 (0) | – | – |
| Suède | 3,3 | 1,2 | 1 | 1,5 (91) | 1,7 (27) | 0 (0) | 0 (0) |
| Royaume-Uni | 9,6 | 4,2 | 3 | 12,3 (14 077) | 16 (7 185) | 2,1 (284) | 1 (68) |
| Croatie | 2,3 | 0,9 | 2 | 1,6 (126) | 2,6 (30) | 1,7 (2) | 3,6 (1) |
| Turquie | – | – | – | 2,2 (46) | 2,3 (25) | 2,2 (1) | 4 (1) |
| Norvège | 2,5 | 0,6 | 1 | 1 (78) | – | 25 (2) | – |

TABLEAU 3

AMPHÉTAMINES

| Pays | 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 | 9,8 (581) | 11,2 (250) | 9,1 (50) | 5 (12) |
| Bulgarie | 2,1 | 2,1 | 6 | 1,4 (33) | 1,7 (5) | 0 (0) | 0 (0) |
| République tchèque | 2,1 | 0,8 | 2 | 65,2 (6 008) | 69,6 (3 122) | 77,4 (4 601) | 71,9 (2 210) |
| Danemark | 6,2 | 2 | 2 | 9,5 (358) | 10,3 (149) | 3,1 (9) | 0 (0) |
| Allemagne | 3,7 | 1,9 | 4 | 11 (7 785) | 15,2 (2 839) | 1,7 (246) | 0,7 (31) |
| Estonie | – | 2,5 | 3 | – | – | 61,5 (8) | 50 (4) |
| Irlande | 4,5 | 0,8 | 2 | 0,6 (53) | 0,9 (33) | 6 (3) | 6,3 (2) |
| Grèce | 0,1 | 0,1 | 2 | 0,1 (6) | 0,1 (2) | 0 (0) | 0 (0) |
| Espagne | 3,3 | 1,4 | 2 | 1 (517) | 1,2 (320) | 0,6 (3) | 0,6 (2) |
| France | 1,69 | 0,46 | 4 | 0,3 (107) | 0,3 (31) | 14,9 (13) | 0 (0) |
| Italie | 1,8 | 0,1 | 1 | 0,1 (38) | 0,1 (16) | 0 (0) | 0 (0) |
| Chypre | 0,7 | 0,7 | 4 | 0,2 (2) | 0,2 (1) | 50 (1) | 0 (0) |
| Lettonie | 2,2 | 1,9 | 4 | 19,3 (380) | 28,2 (104) | 60,9 (206) | 53,9 (48) |
| Lituanie | 1,6 | 1,1 | 3 | – | 2 (5) | – | 60 (3) |
| Luxembourg | – | – | – | 0,4 (1) | – | 0 (0) | – |
| Hongrie | 1,8 | 1,2 | 6 | 11,9 (567) | 11 (354) | 23,3 (130) | 19,2 (67) |
| Malte | 0,4 | – | 3 | 0,2 (3) | – | 33,3 (1) | – |
| Pays-Bas | 3,1 | – | 3 | 6,2 (818) | 6,5 (499) | 0,6 (3) | 1 (3) |
| Autriche | 2,5 | 0,9 | – | 2,2 (83) | 3,5 (48) | 3,7 (3) | 2,2 (1) |
| Pologne | 4,2 | 1,3 | 4 | 21,4 (285) | 26,7 (96) | 9,4 (25) | 8,4 (8) |
| Portugal | 0,9 | 0,4 | 3 | 0 (1) | 0,1 (1) | – | – |
| Roumanie | 0,1 | 0 | 2 | 0,6 (12) | 0,9 (10) | 0 (0) | 0 (0) |
| Slovénie | – | – | 2 | 0,4 (2) | 0,5 (1) | 50 (1) | 0 (0) |
| Slovaquie | 0,5 | 0,7 | 2 | 38,2 (784) | 41,9 (400) | 32,1 (243) | 25,4 (99) |
| Finlande | 2,3 | 1,6 | 1 | 14,1 (204) | 11,6 (29) | 78,6 (154) | 64,3 (18) |
| Suède | 5 | 1,5 | 1 | 27,8 (1 728) | 19,4 (301) | 68,6 (1 137) | 49,7 (149) |
| Royaume-Uni | 11,5 | 1,4 | 2 | 3 (3 486) | 3,6 (1 615) | 22,1 (714) | 16 (241) |
| Croatie | 2,6 | – | 2 | 1 (80) | 2,2 (25) | 0 (0) | 0 (0) |
| Turquie | 0,3 | – | – | 0,9 (18) | 0,8 (9) | 5,6 (1) | 0 (0) |
| Norvège | 3,8 | 0,8 | 1 | 0 (0) | – | 75,1 (205) | – |

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 | 0,6 (38) | 1 (23) |
| Bulgarie | 1,7 | 1,6 | 4,0 | 0,3 (6) | 0,3 (1) |
| République tchèque | 5,8 | 2,5 | 3,0 | 0,1 (6) | 0,1 (3) |
| Danemark | 2,1 | 0,8 | 1,0 | 0,3 (13) | 0,5 (7) |
| Allemagne | 2,4 | 1,0 | 2,0 | 0 (0) | 0 (0) |
| Estonie | – | 2,3 | 3,0 | – | – |
| Irlande | 6,9 | 0,9 | 2,0 | 0,6 (51) | 0,6 (24) |
| Grèce | 0,4 | 0,4 | 2,0 | 0,2 (9) | 0,2 (5) |
| Espagne | 3,6 | 1,4 | 2,0 | 0,2 (98) | 0,2 (66) |
| France | 2,4 | 0,4 | 3,0 | 0,3 (118) | 0,2 (24) |
| Italie | 1,8 | 0,1 | 1,0 | 0,3 (129) | 0,5 (107) |
| Chypre | 2,0 | 1,0 | 3,0 | 0,3 (3) | 0,2 (1) |
| Lettonie | 2,7 | 0,8 | 4,0 | 0,1 (2) | 0 (0) |
| Lituanie | 2,1 | 1,9 | 2,0 | – | – |
| Luxembourg | – | – | – | – | – |
| Hongrie | 2,4 | 1,0 | 4,0 | 1 (50) | 1,2 (38) |
| Malte | 0,7 | – | 3,0 | 0,7 (13) | 1,6 (3) |
| Pays-Bas | 6,2 | 3,1 | 3,0 | 0,5 (69) | 0,8 (58) |
| Autriche | 2,3 | 1,0 | – | 0,5 (19) | 1,2 (16) |
| Pologne | 3,4 | 3,1 | 2,0 | 0,1 (1) | 0,3 (1) |
| Portugal | 1,3 | 0,9 | 3,0 | 0,1 (4) | 0,2 (4) |
| Roumanie | 0,7 | 0,4 | 2,0 | 0,5 (9) | 0,6 (7) |
| Slovénie | – | – | 2,0 | 0,2 (1) | 0,5 (1) |
| Slovaquie | 1,9 | 0,9 | 4,0 | 0,1 (2) | 0,2 (2) |
| Finlande | 1,8 | 1,1 | 1,0 | 0,3 (4) | 0,8 (2) |
| Suède | 2,1 | 0,2 | 1,0 | 0,3 (17) | 0,5 (7) |
| Royaume-Uni | 8,6 | 2,8 | 3,0 | 0,2 (229) | 0,3 (141) |
| Croatie | 2,5 | 0,5 | 2,0 | 0,3 (23) | 0,5 (6) |
| Turquie | 0,1 | 0,1 | – | 0 (1) | 0,1 (1) |
| Norvège | 1,0 | 0,6 | 1,0 | 0 (0) | – |

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 (1 832) | 48,2 (1 077) |
| Bulgarie | 7,3 | 6 | 21 | 4,3 (101) | 3,1 (9) |
| République tchèque | 24,9 | 16,1 | 42 | 13,2 (1 214) | 18,7 (839) |
| Danemark | 32,5 | 13,5 | 18 | 63,4 (2 397) | 72,6 (1 048) |
| Allemagne | 25,6 | 11,1 | 19 | 33 (23 418) | 54,9 (10 236) |
| Estonie | – | 13,6 | 24 | 5,3 (28) | – |
| Irlande | 25,3 | 10,3 | 18 | 22,9 (1 951) | 35,7 (1 336) |
| Grèce | 8,9 | 3,2 | 8 | 12,8 (746) | 20,2 (518) |
| Espagne | 27,4 | 17 | 32 | 21 (11 210) | 32,3 (8 653) |
| France | 32,12 | 17,54 | 39 | 47,8 (17 621) | 71,1 (7 193) |
| Italie | 21,7 | 8 | 13 | 18,8 (7 957) | 25,2 (5 781) |
| Chypre | 11,6 | 7,9 | 7 | 48,8 (485) | 78,1 (346) |
| Lettonie | 12,5 | 7,3 | 24 | 11,8 (232) | 19,8 (73) |
| Lituanie | 11,9 | 9,9 | 20 | – | 3,6 (9) |
| Luxembourg | – | – | – | 12,9 (29) | – |
| Hongrie | 8,5 | 5,7 | 19 | 69,4 (3 321) | 77,3 (2 492) |
| Malte | 3,5 | 1,9 | 10 | 6,7 (122) | 20,8 (38) |
| Pays-Bas | 25,7 | 13,7 | 26 | 48,3 (6 334) | 58 (4 446) |
| Autriche | 14,2 | 6,6 | – | 22,5 (848) | 41,8 (574) |
| Pologne | 17,3 | 17,1 | 23 | 23,5 (313) | 44,4 (160) |
| Portugal | 11,7 | 6,7 | 14 | 13,9 (525) | 25,4 (457) |
| Roumanie | 1,6 | 0,6 | 7 | 8,6 (160) | 11,3 (130) |
| Slovénie | – | 6,9 | 23 | 8,4 (44) | 18,8 (39) |
| Slovaquie | 10,5 | 7,3 | 27 | 19,2 (394) | 27,3 (260) |
| Finlande | 18,3 | 11,2 | 11 | 13,4 (193) | 32,9 (82) |
| Suède | 21,4 | 6,1 | 6 | 24,9 (1 550) | 45,1 (699) |
| Royaume-Uni | 31 | 12,3 | 21 | 20,3 (23 378) | 32,4 (14 559) |
| Croatie | 15,6 | 10,5 | 18 | 12,5 (957) | 52,7 (607) |
| Turquie | 0,7 | 0,4 | – | 17,1 (363) | 22,1 (240) |
| Norvège | 14,6 | 7 | 5 | 20,3 (1 561) | – |

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 | 19,6 (142) | 1 (11) | 2,5–4,8 | 938 674 |
| Bulgarie | 4,8 (24) | 8,4 (63) | – | 643 377 |
| République tchèque | 3,8 (28) | 0,9 (9) | 5,1–5,5 | 5 398 317 |
| Danemark | 49,8 (181) | 1,8 (10) | 2,8–4,7 | – |
| Allemagne | 17,9 (966) | 1,1 (90) | – | – |
| Estonie | 135,7 (123) | 51,5 (69) | – | 2 130 306 |
| Irlande | 51,8 (159) | 3,6 (16) | – | 1 097 000 |
| Grèce | – | 21,7 (245) | 0,9–1,3 | 119 397 |
| Espagne | 12,5 (392) | 4,5 (148) | 0,2–0,2 | 2 672 228 |
| France | 7,9 (331) | 1,3 (87) | – | – |
| Italie | 9,1 (362) | 2,7 (161) | – | – |
| Chypre | 16,3 (9,66) | 0 (0) | 0,3–0,5 | 42 |
| Lettonie | 7,9 (11) | 40,4 (90) | – | 310 774 |
| Lituanie | 20,9 (43) | 26,5 (86) | – | 181 408 |
| Luxembourg | 17,1 (6) | 0 (0) | 4,5–6,9 | 246 858 |
| Hongrie | 2 (14) | 0 (0) | 0,8 | 648 269 |
| Malte | 17,3 (5) | 0 (0) | – | 289 940 |
| Pays-Bas | 9,1 (101) | 0,2 (4) | 0,2–0,2 | – |
| Autriche | 35,3 (201) | 4,3 (36) | – | 4 329 424 |
| Pologne | 8,4 (232) | 1,2 (47) | – | 175 902 |
| Portugal | 2,7 (19) | 5,8 (62) | – | 1 650 951 |
| Roumanie | 1 (15) | 5 (108) | – | 901 410 |
| Slovénie | 16,9 (24) | 0 (0) | – | 632 462 |
| Slovaquie | 3,9 (15) | 0,2 (1) | 3,5–8,9 | 15 064 |
| Finlande | 53,3 (189) | 1,5 (8) | – | 3 539 009 |
| Suède | 35,5 (217) | 1,3 (12) | – | 244 493 |
| Royaume-Uni | 52,3 (2 153) | 2,1 (131) | 3,1–3,5 | – |
| Croatie | 19,8 (59) | 0,7 (3) | 0,4–0,6 | 340 357 |
| Turquie | 1,9 (93) | 0,1 (5) | – | 0 |
| Norvège | 73,1 (238) | 2 (10) | 2,5–3,6 | 2 639 000 |

TABLEAU 7

SAISIES

| Pays | Héroïne | | Cocaïne | | Amphétamines | | Ecstasy | |
|--------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | Quantité saisie | Nombre de saisies |
| | kg | Comptage | kg | Comptage | kg | Comptage | Tabletten | Comptage |
| Belgique | 140 | 2 176 | 7 999 | 3 263 | 112 | 2 699 | 64 384 | 838 |
| Bulgarie | 385 | 41 | 4 | 22 | 233 | 38 | 7 879 | 11 |
| République tchèque | 5 | 34 | 16 | 44 | 1,20 | 3 | 13 000 | 15 |
| Danemark | 37 | 484 | 43 | 1 756 | 255 | 1 733 | 16 000 | 197 |
| Allemagne | 498 | 4 361 | 1 941 | 3 335 | 1 368 | 9 131 | 484 992 | 1 322 |
| Estonie | 0,048 | 5 | 1 | 34 | 42 | 215 | 11 496 | 44 |
| Irlande | 32 | 752 | 179 | 476 | 23 | 104 | 97 882 | 272 |
| Grèce | 307 | 2 477 | 463 | 466 | 1,84 | 17 | 70 | 8 |
| Espagne | 412 | 7 587 | 16 609 | 42 659 | 278 | 3 178 | 183 028 | 2 123 |
| France | 883 | 4 834 | 10 834 | 4 538 | 601 | 387 | 1 510 500 | 781 |
| Italie | 811 | 3 588 | 6 342 | 6 859 | 19 | 124 | 14 108 | 114 |
| Chypre | 0,6 | 49 | 3 | 79 | 0,011 | 5 | 653 | 13 |
| Lettonie | 0 | 329 | 81 | 25 | 0,1 | 29 | 3 592 | 13 |
| Lituanie | 11 | 234 | 10 | 23 | 13 | 46 | 303 | 5 |
| Luxembourg | 24 | 244 | 24 | 94 | 3 | 15 | 91 | 6 |
| Hongrie | 3 | 22 | 13 | 108 | 24 | 483 | 270 | 22 |
| Malte | 4 | 39 | 5 | 86 | 0,50 | 1 | 2 171 | 30 |
| Pays-Bas | 400 | – | 10 000 | – | 1 074 | – | 1 059 534 | – |
| Autriche | 65 | 640 | 139 | 970 | 13 | 383 | 45 780 | 90 |
| Pologne | 51 | – | 78 | – | 395 | – | 75 082 | – |
| Portugal | 73 | 1 169 | 3 678 | 1 385 | 0,2 | 26 | 7 791 | 95 |
| Roumanie | 13 | 314 | 161 | 73 | 0,4 | 28 | 7 594 | 96 |
| Slovénie | 4 | 503 | 2 | 272 | 1 | 204 | 34 | 14 |
| Slovaquie | 0 | 33 | 35,3 | 30 | 13,22 | 10 | 27 | 5 |
| Finlande | 1,0 | 3 | 4 | 81 | 71 | 3 157 | 17 800 | 300 |
| Suède | 21 | 314 | 89 | 618 | 168 | 3 542 | 17 060 | 189 |
| Royaume-Uni | 1 850 | 9 174 | 3 468 | 17 751 | 1 048 | 6 801 | 686 000 | 3 346 |
| Croatie | 33 | 185 | 4 | 142 | 15 | 372 | 2 898 | 75 |
| Turquie | 7 294 | 3 306 | 592 | 1 457 | 14 | 6 | 1 364 253 | 2 587 |
| Norvège | 15 | 1 364 | 46 | 840 | 75 | 2 894 | 5 327 | 198 |

TABLEAU 7

SAISIES (continué)

| Pays | Résine de cannabis | | Herbe de cannabis | | Plants de cannabis | |
|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Quantité saisie | Nombre de saisies | Quantité saisie | Nombre de saisies | Quantité saisie | Nombre de saisies |
| | kg | Comptage | kg | Comptage | Pflanzen (kg) | Comptage |
| Belgique | 5 020 | 5 156 | 5 095 | 21 784 | 337 955 (-) | 1 070 |
| Bulgarie | 16,8 | 11 | 1 035 | 168 | 7 456 (4 658) | 24 |
| République tchèque | 2 | 24 | 441 | 508 | 62 817 (-) | 240 |
| Danemark | 2 267 | 8 403 | 168 | 891 | - (1 452) | 710 |
| Allemagne | 1 748 | 7 285 | 3 957 | 27 144 | - 133 650 | 1 804 |
| Estonie | 46 | 22 | 53 | 409 | - (29,3) | 25 |
| Irlande | 1 814 | 722 | 1 865 | 1 833 | 6 606 (-) | 582 |
| Grèce | 122 | 172 | 13 393 | 5 774 | 33 242 (-) | 460 |
| Espagne | 355 904 | 199 770 | 17 535 | 140 952 | - (26 108) | 1 436 |
| France | 55 641 | 85 096 | 5 450 | 12 155 | 73 572 (-) | 2 146 |
| Italie | 20 258 | 6 244 | 10 908 | 4 007 | 1 008 215 (-) | 1 208 |
| Chypre | 1 | 33 | 76 | 758 | 86 (-) | 27 |
| Lettonie | 283 | 55 | 34 | 399 | - (497) | 7 |
| Lituanie | 168 | 31 | 43 | 311 | - (-) | 0 |
| Luxembourg | 2 | 171 | 11 | 833 | 81 (-) | 5 |
| Hongrie | 18 | 63 | 209 | 2 073 | 14 121 (-) | 192 |
| Malte | 89 | 48 | 1,5 | 32 | 44 (-) | 7 |
| Pays-Bas | 1 000 | - | 5 000 | - | 2 000 000 (-) | - |
| Autriche | 75 | 1 197 | 621 | 5 272 | - (219) | 261 |
| Pologne | - | - | 1 265 | - | 52 914 (-) | - |
| Portugal | 14 633 | 3 093 | 108 | 460 | 5 523 (-) | 304 |
| Roumanie | 18 | 328 | 252 | 1 365 | 897 (-) | 9 |
| Slovénie | 4,2 | 89 | 613 | 3 306 | 12 836 (-) | 178 |
| Slovaquie | 0,0 | 22 | 137 | 1 512 | 10 045 (18) | 45 |
| Finlande | 860 | 1 829 | 97 | 4 281 | 16 400 (42) | 3 187 |
| Suède | 950 | 7 465 | 264 | 5 272 | - (-) | 92 |
| Royaume-Uni | 19 665 | 15 094 | 22 402 | 149 411 | 626 680 (-) | 16 672 |
| Croatie | 2 | 373 | 421 | 3 684 | 4 136 (-) | 195 |
| Turquie | 21 141 | 8 192 | 55 251 | 43 217 | - (-) | 7 318 |
| Norvège | 2 548 | 11 232 | 219 | 3 631 | 1 099 (214) | 381 |

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
Rapport européen sur les drogues 2013 : tendances et évolutions
Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne
2013 — 74 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-615-5
doi:10.2810/88585

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 vue d'ensemble de haut niveau du phénomène de la drogue en Europe. Il examine l'offre de drogue, les modes de consommation et les problèmes de santé publique ainsi que les politiques antidrogue et les réponses apportées au problème. Avec le *Bulletin statistique*, les *Synthèses nationales* et les *Perspectives sur les drogues*, il compose le dossier du Rapport européen sur les drogues 2013.

À propos de l'EMCDDA

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) est le centre de référence pour l'information sur les drogues en Europe. Son rôle consiste à fournir à l'UE et à ses États membres des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et les toxicomanies et leurs conséquences. Créé en 1993, il a ouvert ses portes à Lisbonne en 1995 et il fait partie des agences décentralisées de l'UE. Doté d'une équipe multidisciplinaire solide, l'Observatoire permet aux décideurs politiques de disposer des données probantes dont ils ont besoin pour élaborer des instruments législatifs et des stratégies en matière de drogue. Il aide également les professionnels et les chercheurs à identifier les meilleures pratiques et les nouveaux domaines à analyser.

