



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

FR

ISSN 2314-9108

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2015



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2015

| 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.

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

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

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

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

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2015

ISBN 978-92-9168-767-1
doi:10.2810/16223

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2015
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Spain

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

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

| Table des matières

5	Préface
9	Remarques préliminaires et remerciements
11	RÉSUMÉ La dynamique du marché de la drogue en Europe: influences mondiales et disparités locales
19	CHAPITRE 1 L'offre de drogue et le marché
39	CHAPITRE 2 La consommation de drogue et les problèmes associés
61	CHAPITRE 3 Réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue
75	ANNEXE Tableaux de données nationales

| Préface

C'est avec fierté que nous vous présentons la vingtième analyse annuelle de l'état du phénomène de la drogue en Europe sous la forme du rapport européen sur les drogues.

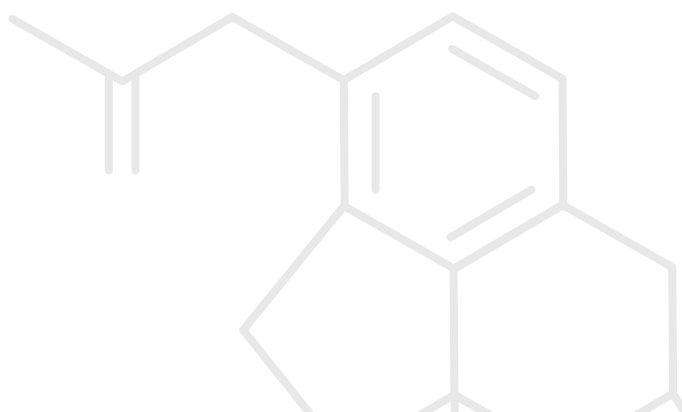
Le rapport de cette année offre un aperçu complet du problème de la drogue en Europe et des mesures prises pour y faire face. Le rapport «Tendances et évolutions» est l'élément central de la série de produits connexes qui comprend le rapport européen sur les drogues. S'appuyant sur des données nationales et européennes, il fournit une vue d'ensemble des tendances, réponses et politiques majeures, ainsi que des analyses approfondies de sujets d'actualité. Le rapport contient des analyses totalement nouvelles sur les interventions psycho-sociales, les salles de consommation de drogue, la consommation abusive de benzodiazépines et les itinéraires du trafic d'héroïne.

Le dossier d'information multimédia intégré qui constitue aujourd'hui le rapport européen sur les drogues diffère, toutefois, du rapport annuel de l'EMCDDA sur la situation en matière de drogue publié en 1996. Pour l'EMCDDA, il y a vingt ans, établir, dans les 15 États membres de l'UE, des systèmes de surveillance harmonisés doit avoir représenté un défi de taille. Il est, dès lors, impressionnant de constater que les modalités d'observation nouvellement établies en 1995 ont évolué pour constituer, à présent, un système européen couvrant trente pays et reconnu à l'échelle mondiale.

Bien que nous soyons convaincus que l'EMCDDA a grandement contribué aux progrès réalisés, nous sommes également conscients que nos travaux dépendent d'une étroite collaboration avec nos partenaires. Fondamentalement, la présente analyse européenne aurait été impossible à réaliser sans l'investissement des États membres dans la mise au point de solides systèmes nationaux d'information sur les drogues.

Le présent rapport repose sur des données collectées par le réseau Reitox des points focaux nationaux, travaillant en étroite coopération avec les experts nationaux. L'analyse est également le fruit d'une collaboration continue avec nos partenaires européens: la Commission européenne, Europol, l'Agence européenne des médicaments (EMA) et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Nous remercions également les nombreux groupes et initiatives de recherche européens sans la contribution desquels notre rapport aurait été beaucoup moins riche.

Si notre rapport a changé du tout au tout au cours de ces vingt dernières années, l'ampleur et la nature du problème de la drogue en Europe ont elles aussi radicalement changé. Lorsque l'Observatoire a été établi, l'Europe se trouvait au beau milieu d'une «épidémie» d'héroïne et la nécessité de réduire la transmission du VIH et les décès liés au SIDA est à l'origine de la politique de lutte contre la drogue. Aujourd'hui, les problèmes relatifs à la consommation d'héroïne et au VIH occupent toujours une place centrale dans notre mission d'observation, mais le contexte est plus optimiste en termes d'évolutions et plus clair en termes de réponses sanitaires efficaces. Le phénomène est, cependant, devenu beaucoup plus complexe. Cela tient au fait que de nombreuses substances dont il est



question aujourd'hui dans ce rapport étaient pratiquement inconnues en Europe au moment de la création de l'Observatoire.

Les marchés européens de la drogue sont, actuellement, en constante évolution. En effet, en 2014, plus d'une centaine de nouvelles substances psychoactives ont été détectées et des évaluations des risques ont été menées sur six nouvelles drogues - ces deux chiffres constituant des nombres record. Pour suivre le rythme de ces changements et veiller à ce que l'analyse que nous réalisons tienne compte de nouvelles évolutions, l'EMCDDA continue de travailler en étroite collaboration avec les chercheurs et les praticiens. En tant qu'agence, nous avons toujours reconnu l'importance de fournir, en temps opportun, des informations fiables et pertinentes en termes d'action politique. Nous restons attachés à cet objectif et continuons de faire en sorte qu'indépendamment de la nature du problème en matière de drogue auquel nous sommes confrontés, les réponses de l'Europe soient soutenues par un système d'information qui demeure viable, pertinent et adapté à la finalité poursuivie.

João Goulão

Président, conseil d'administration de l'EMCDDA

Wolfgang Götz

Directeur, EMCDDA

Remarques préliminaires et remerciements

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

Il a pour but de fournir une vue d'ensemble et un résumé de l'état du phénomène de la drogue en Europe et des réponses qui y sont apportées. Les données statistiques rapportées ici concernent l'année 2013 (ou l'année la plus récente disponible). L'analyse des tendances n'est basée que sur les pays qui ont fourni des données suffisantes pour décrire les évolutions qui se sont produites sur la période considérée. Le lecteur notera également que l'observation des tendances relatives à un comportement aussi dissimulé et stigmatisé que l'usage de drogues pose de nombreuses difficultés tant pratiques que méthodologiques. C'est pour cette raison que de multiples sources de données sont utilisées aux fins de l'analyse contenue dans ce rapport. Bien que des améliorations considérables aient été observées, tant au niveau national qu'au niveau des résultats susceptibles d'être obtenus par une analyse européenne, les difficultés méthodologiques rencontrées dans ce domaine ne peuvent être ignorées. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation des données, en particulier en cas de comparaison des pays sur la base d'une mesure unique. Les réserves et mises en garde à prendre en considération en rapport avec les données peuvent être consultées dans la version électronique de ce rapport, ainsi que dans le bulletin statistique (Statistical Bulletin), qui propose des informations détaillées sur la méthodologie utilisée, les réserves concernant l'analyse et les commentaires sur les limites des informations mises à disposition. Des informations sont également disponibles au sujet des méthodes et données utilisées pour obtenir des estimations européennes lorsqu'une interpolation est possible.

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

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

Point focaux nationaux Reitox

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

Résumé

**L'analyse de cette année
souligne l'importance des facteurs
mondiaux sur l'offre de drogue
et les discussions politiques**

La dynamique du marché de la drogue en Europe: influences mondiales et disparités locales

Les principales conclusions de la dernière analyse du problème de la drogue en Europe réalisée par l'EMCDDA révèlent une persistance des tendances à long terme, mais aussi l'émergence de nouvelles évolutions dans les habitudes de consommation et les réponses apportées. L'analyse de cette année souligne l'importance des facteurs mondiaux sur l'offre de drogue ainsi que celle des débats politiques, alors que les modèles de consommation locaux et les réponses locales figurent au premier plan des nouvelles tendances. La ligne de démarcation entre les segments de marché des «anciennes» et des nouvelles drogues est de plus en plus floue. Par ailleurs, les nouvelles drogues imitant de plus en plus les divers types de substances connues, les réponses à apporter les concernant peuvent refléter les réponses fondées sur des éléments probants apportées aux problèmes liés aux drogues connues.

Le cannabis en ligne de mire

Tandis que les initiatives entreprises en Amérique du Nord et du Sud en rapport avec la vente réglementée de cannabis et de ses produits dérivés génèrent un intérêt et un débat au niveau international, les discussions sur le cannabis en Europe restent essentiellement centrées sur les coûts de santé potentiellement associés à cette drogue. Les nouvelles données mettent en lumière le rôle majeur joué par le cannabis dans les statistiques sur la criminalité liée à la drogue, cette drogue représentant 80 % des saisies réalisées et la consommation ou la détention de cannabis pour usage personnel, plus de 60 % des infractions liées à la drogue enregistrés en Europe (voir figure). En outre, la production et le trafic de cannabis sont reconnus comme revêtant une importance accrue dans le domaine de l'application de la loi en raison de l'implication accrue de la criminalité organisée. Il existe, cependant, des disparités considérables dans les pratiques nationales de sanction des délits relatifs à l'offre de cannabis: les sanctions infligées pour un premier délit d'offre d'un kilogramme de cannabis varient, selon les experts nationaux, de moins d'un an à dix ans d'emprisonnement.

Les nouvelles données montrent également l'importance croissante du cannabis dans les systèmes de traitement lié à l'usage de drogue en Europe, compte tenu de la hausse du nombre de demandes de traitement pour des problèmes liés au cannabis. Cette hausse doit être considérée dans le contexte de l'offre de services et la pratique d'orientation. Ainsi, dans certains pays, les renvois contraignants issus du système de justice pénale représentent une grande part des entrées en traitement.

Les données sont également influencées par différentes définitions et pratiques nationales en relation avec ce que constitue un traitement des troubles liés au cannabis, qui peut aller d'une intervention brève dispensée en ligne, à l'admission en centre de soins résidentiel. La disponibilité des traitements liés à un usage de cannabis semble également évoluer, probablement en réponse à une prise de conscience accrue de la nécessité d'offrir de tels services et, dans certains pays, à une mise à disposition de capacités de traitements en raison du déclin de la demande de services pour d'autres types d'usages de drogues. Indépendamment du type de traitement, pour ce qui est des problèmes liés au cannabis, les faits plaident en faveur d'interventions psycho-sociales - ces approches sont examinées dans une analyse accompagnant le présent rapport. Par ailleurs, des études relatives aux accidents et situations d'urgence font état d'une hausse des cas de problèmes de santé aigus associés aux produits dérivés du cannabis fortement dosés. Au vu de la disponibilité accrue de ces produits, la surveillance des problèmes de santé aigus liés à la consommation du cannabis doit manifestement être améliorée.

La concurrence sur le marché est-elle à l'origine de l'apparition de produits plus puissants?

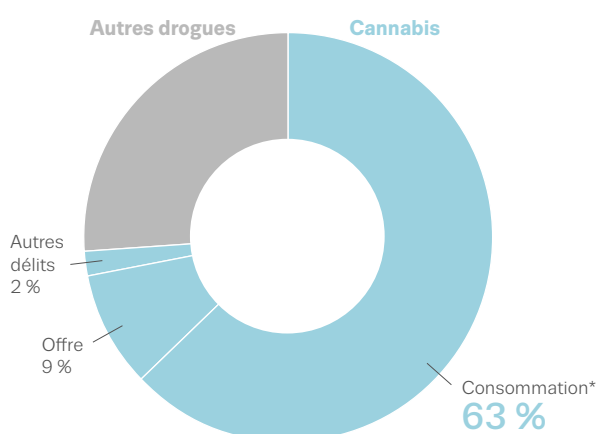
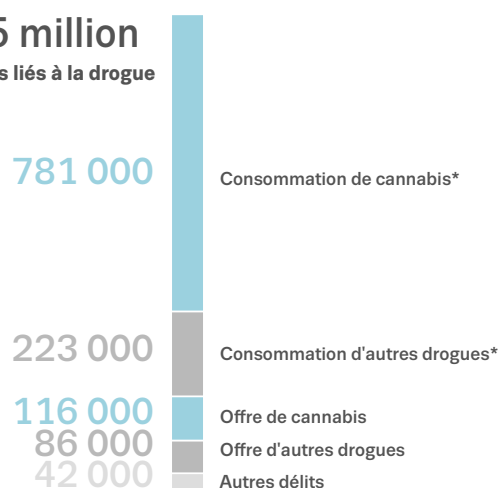
Les données collectées au cours de l'année montrent une augmentation à court ou moyen terme de la pureté et de la teneur de l'ensemble des drogues les plus couramment consommées en Europe. Les raisons de cette évolution sont probablement complexes, mais semblent être à la fois

liées à l'innovation technique et à la concurrence sur le marché. En ce qui concerne le cannabis, pour lequel la part de marché de l'herbe très fortement dosée issue de la production domestique n'a cessé d'augmenter ces dernières années, les données font désormais état d'une hausse de la teneur de la résine importée, probablement liée à une évolution des pratiques de production. L'innovation sur le marché et la pureté accrue sont également flagrantes dans le cas de la MDMA. Après une période au cours de laquelle les consommateurs ont déploré la mauvaise qualité et l'adultération des comprimés vendus sous la dénomination d'«ecstasy», phénomènes confirmés par les analyses médico-légales, la poudre et les comprimés de MDMA très purs sont désormais plus fréquemment disponibles. L'introduction de MDMA en poudre ou sous forme «cristal» très pure semble s'inscrire dans une stratégie délibérée visant à différencier cette forme de MDMA et à la rendre plus attrayante pour les consommateurs. De même, des comprimés fortement dosés aux formes et logos particuliers apparaissent, probablement avec le même objectif de commercialisation. L'an passé, l'EMCDDA et Europol ont lancé une alerte sur les risques de santé liés à la consommation de produits de MDMA très purs. Des alertes ont également été lancées concernant des comprimés vendus en tant qu'ecstasy, mais contenant de la PMMA, parfois combinée à de la MDMA. La pharmacologie de cette drogue la rend particulièrement préoccupante sur le plan de la santé publique.

Pour la MDMA et les substances synthétiques en général, la qualité et l'offre des produits dépendent dans une large

LA PLUPART DES DÉLITS LIÉS À LA DROGUE CONCERNENT LE CANNABIS

1,25 million
de délits liés à la drogue



* La «consommation» comprend les délits pour consommation et possession pour un usage personnel.

mesure de la disponibilité des précurseurs chimiques. L'innovation dans ce domaine est également manifeste, en particulier pour ce qui est des pratiques de production. Cela se reflète dans les méthodes de synthèse chimique et la capacité élevée de certains des sites de production récemment détectés. On peut également supposer que dans certains pays, la disponibilité de nouvelles substances psychoactives peut jouer un rôle. Par exemple, la disponibilité de cannabinoïdes et de cathinones synthétiques de «bonne» qualité a parfois été considérée comme faisant directement concurrence aux drogues connues, relativement plus coûteuses, de moindre qualité.

Évolutions sur le marché européen de l'héroïne

Les problèmes associés à l'héroïne représentent toujours une large part des coûts sociaux et de santé liés aux drogues en Europe, bien que les tendances récentes dans ce domaine aient été relativement positives. Les données récentes continuent d'indiquer un déclin des demandes de traitement et des risques liés à la consommation d'héroïne, mais plusieurs indicateurs de marché suscitent l'inquiétude. Les Nations unies font état d'une hausse substantielle de la production d'opium en Afghanistan, le premier pays fournisseur de l'héroïne consommée en Europe. Un effet d'entraînement potentiel dans la disponibilité est dès lors envisageable et il est inquiétant de voir augmenter les estimations de la pureté de l'héroïne disponible en Europe. Dans certains pays où une hausse du degré de pureté a été observée, les décès par surdose ont, selon des données récentes, également augmenté. Il n'est pas certain que ces hausses soient liées, mais cette question mérite l'attention des chercheurs. La nature clandestine du marché des drogues nécessite de faire preuve de prudence dans l'analyse de son fonctionnement. De nouveaux éléments tendent, néanmoins, à démontrer l'existence d'innovations dans l'approvisionnement en héroïne des marchés européens et une possible résurgence de cette drogue n'est pas à exclure. Les signes de l'évolution de l'offre d'héroïne transparaissent dans la découverte de laboratoires de confection de l'héroïne en Europe - un phénomène entièrement nouveau - ainsi que l'émergence de preuves de l'adaptation des itinéraires de trafic de l'héroïne et des modes opératoires des groupes criminels. Le transit par l'Afrique de l'héroïne envoyée du Pakistan et de l'Afghanistan en Europe continue de susciter des inquiétudes. Les données relatives aux saisies soulignent également clairement le rôle joué par la Turquie en tant que plaque tournante de la drogue importée dans et exportée de l'Union européenne, les saisies d'héroïne dans ce pays ayant partiellement repris par rapport au creux enregistré en 2011. Ces différents points sont examinés dans l'analyse sur le trafic de l'héroïne accompagnant ce rapport.

Nouveaux défis pour les services prenant en charge des patients âgés

Toute hausse potentielle de la disponibilité d'héroïne doit être considérée dans le contexte de la stagnation globale de la demande pour cette drogue, due en grande partie au déclin des entrées dans l'usage d'héroïne et à l'inscription de nombreux héroïnomanes dans les services de traitement. Outre les bienfaits thérapeutiques des traitements, le taux globalement élevé de couverture des traitements en Europe, estimé à 50 % ou plus des cas, est susceptible de diminuer la taille et l'attrait du marché de l'Union européenne pour les trafiquants d'héroïne. La dépendance à l'héroïne est une affection chronique et les prévisions antérieures concernant la nécessité d'adapter les services aux besoins d'une cohorte vieillissante sont confirmées dans l'analyse présentée dans ce rapport. Dès lors, l'apport d'une réponse adéquate en termes de services sociaux et sanitaires pour ce groupe constitue un défi grandissant pour les services d'aide aux usagers de drogues. La mise en place d'une telle réponse est compliquée par les problèmes rencontrés par cette cohorte en rapport avec la consommation à long terme d'autres substances, y compris le tabac et l'alcool. L'abus de benzodiazépines chez les usagers problématiques de drogues, quoique beaucoup moins bien documenté, est examiné dans une nouvelle analyse accompagnant ce rapport. L'abus de benzodiazépines combiné à la consommation d'opiacés est associé à un risque élevé de surdose. Élaborer des réponses efficaces pour réduire le nombre de décès par surdose demeure un défi politique clé en Europe. L'introduction de stratégies ciblées, la mise en place de programmes d'administration de naloxone et des initiatives de prévention ciblant les groupes à haut risque figurent parmi les nouvelles mesures prises dans ce domaine. Certains pays ont pour pratique établie de proposer des «salles de consommation de drogue à moindre risque», dans l'optique d'entrer en contact avec les usagers difficiles à atteindre et de réduire les risques liés aux usages de drogues, dont les décès par surdose. Une analyse des services proposés dans ces structures accompagne ce rapport.

De tout temps, les politiques de lutte contre la drogue et les actions entreprises pour endiguer la consommation d'héroïne, en particulier son usage par injection, ont principalement visé à réduire les comportements à risque et la transmission du VIH. Les récentes recrudescences de la consommation d'héroïne et la situation observée dans quelques pays européens ont démontré la nécessité de demeurer vigilants et de s'assurer que les niveaux d'offre de services sont adéquats. Cependant, la perspective à long terme indique une nette amélioration globale de la situation et illustre l'impact que peut avoir une offre de services

adéquats. Ce message montre l'importance des efforts déployés pour réduire les taux relativement élevés d'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. De nouveaux traitements efficaces voient le jour, bien que leur coût soit élevé. L'EMCDDA note toutefois que dans certains pays, et avec un appui au niveau européen, des efforts sont consentis pour améliorer la situation.

Combinaison de comportements sexuels et d'usages de drogues à risque : une source de préoccupation croissante

Les analyses fournies dans le présent rapport sont souvent ciblées sur la comparaison des différences entre les pays. Il convient toutefois de rappeler que la prise de drogues est parfois associée à certains facteurs socio-culturels qui ne sont pas nécessairement spécifiques à un pays. Par exemple, dans certaines grandes villes européennes, l'expansion du phénomène de l'injection de stimulants au sein de petits groupes d'hommes ayant des relations homosexuelles suscite des inquiétudes. Les pratiques impliquant l'injection de méthamphétamines, de cathinones et d'autres substances dans le contexte de soirées «chem-sex» (substances chimiques en contexte sexuel) ont des répercussions sur les services de santé sexuelle et de lutte contre la transmission du VIH et soulignent la nécessité de réponses communes dans ce domaine. Ce phénomène, qui va à l'encontre de la tendance européenne générale au déclin en matière d'injection de drogues dans la plupart des populations, met en exergue la nécessité d'accorder une plus grande attention au lien existant entre usages de drogues et comportements sexuels à risque.

Internet et les applications web: émergence de marchés des drogues virtuels

À l'instar de l'évolution observé dans d'autres domaines, les services de santé sexuelle et de lutte contre les drogues tendent de plus en plus à utiliser internet et ses applications comme plateformes pour la prestation de services. Les services d'information sur les drogues, les programmes de prévention et les services de proximité migrent, dans des proportions variables, des espaces physiques vers des environnements virtuels. Suivant leur exemple, bon nombre de programmes de traitement des usages de drogues sont désormais disponibles en ligne, ce qui les rend davantage accessibles tant aux groupes existants qu'aux nouveaux groupes cibles.

Par ailleurs, le rôle potentiel d'internet dans l'offre et la commercialisation de drogues est de plus en plus reconnu.

Les nouvelles substances psychoactives comme les drogues classiques sont disponibles à la vente sur le web visible et invisible, bien que l'étendue de ce phénomène soit inconnue. Compte tenu du fait que dans la plupart des autres secteurs commerciaux, l'activité des consommateurs se déplace des marchés physiques vers les marchés virtuels, les marchés des drogues en ligne peuvent devenir un domaine d'intérêt important sur lequel centrer notre observation dans le futur. Ils risquent également de constituer un défi pour les politiques de lutte contre les drogues, étant donné que la situation peut évoluer rapidement, par exemple par l'introduction de nouveaux marchés et de crypto-monnaies. Les modèles réglementaires existants devront être adaptés pour faire face à un contexte virtuel mondialisé.

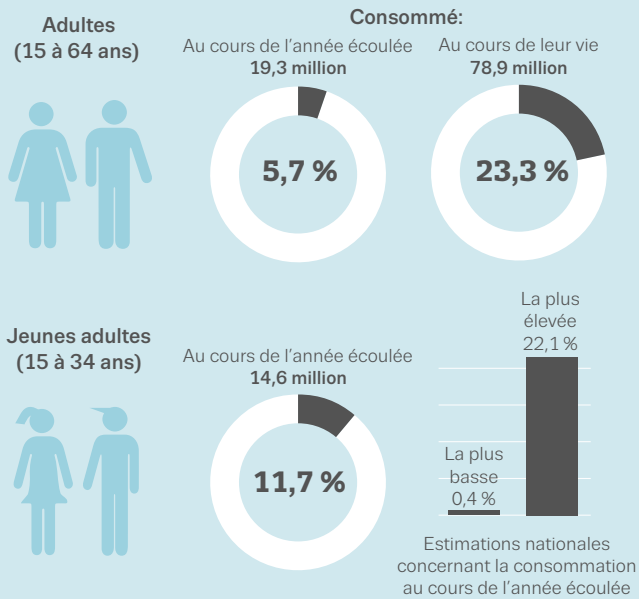
Prévalence des nouvelles substances psychoactives: amélioration nécessaire de notre compréhension

Internet a également largement favorisé le développement du marché des nouvelles substances psychoactives, tant directement, via les commerces en ligne, qu'indirectement, en offrant aux producteurs un accès facilité aux données pharmaceutiques et de recherche, et aux consommateurs potentiels un forum pour l'échange d'informations. Les craintes du public et des décideurs politiques concernant l'usage de ces nouvelles substances se sont considérablement intensifiées en très peu de temps. Toutefois, notre compréhension de l'ampleur de ces usages et des dommages associés n'a pas évolué aussi rapidement que les changements constatés. Cette situation est en train d'évoluer et il y a davantage de pays s'attachant à estimer la prévalence de l'usage de ces substances. La réalisation d'estimations dans ce domaine se heurte à des difficultés d'ordre méthodologique: à ce jour, les estimations nationales sont difficilement comparables. Il existe néanmoins certaines données comparables. Même si le récent Eurobaromètre Flash sur les jeunes et la drogue est limité d'un point de vue méthodologique en tant qu'outil d'estimation de la prévalence, il fournit des données recueillies auprès de tous les États membres de l'UE à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les résultats de l'étude laissent entendre que l'expérimentation de nouvelles substances psychoactives demeure limitée chez les jeunes dans la plupart des pays.

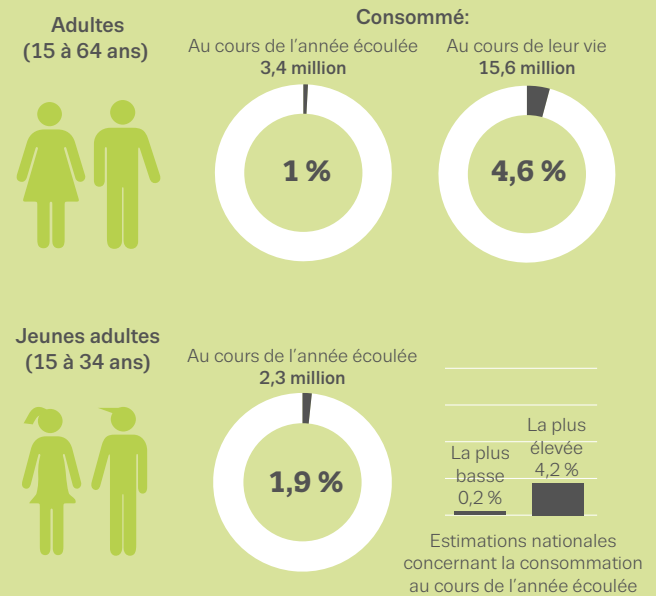
D'autres études à présent disponibles offrent un aperçu des formes spécifiques d'usage de ces nouvelles substances. Bien que ces études ne puissent être considérées comme représentatives, elles montrent que les nouvelles substances psychoactives sont consommées par des groupes aussi divers que les étudiants, des

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

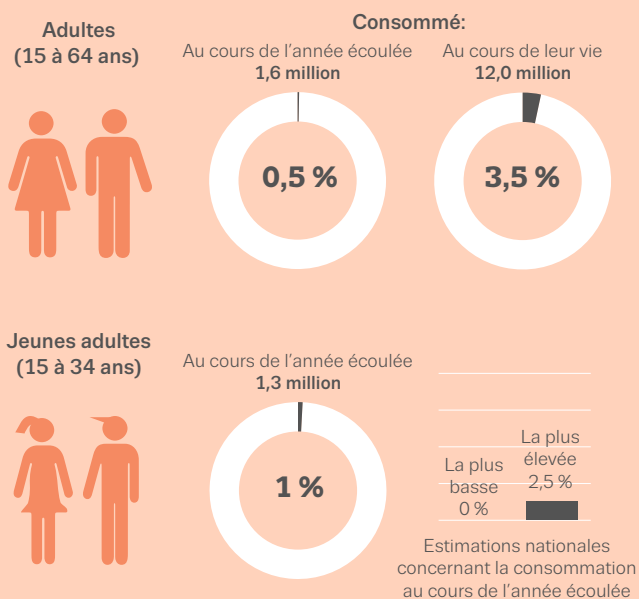
Cannabis



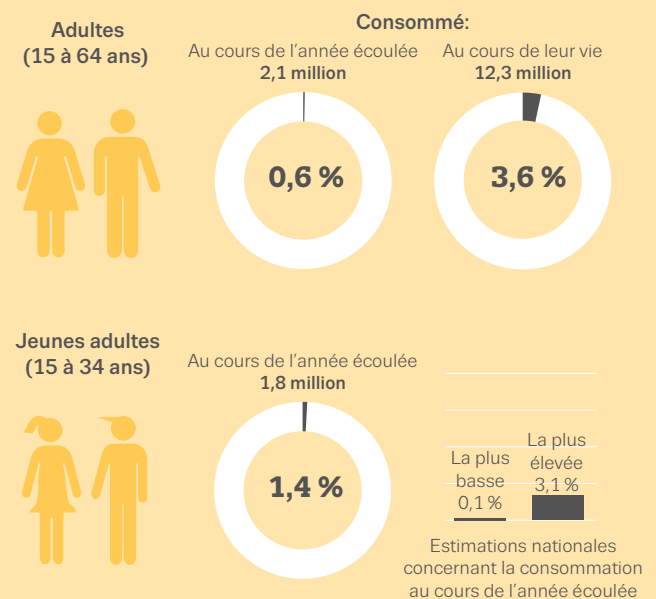
Cocaïne



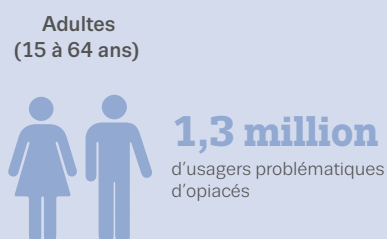
Amphétamines



Ecstasy

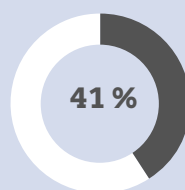


Opiacés



Demandes de traitement

Les opiacés sont à l'origine de près de **41 %** de l'ensemble des demandes de traitement dans l'Union européenne

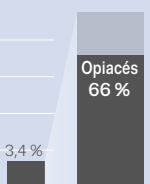


Traitement

700 000 usagers d'opiacés ont reçu un traitement de substitution en 2013

Décès

3,4 % de tous les décès chez les Européens âgés de 15 à 39 ans sont dus à une surdose; des opiacés sont impliqués dans environ **66 %** des surdoses mortelles



familiers des espaces festifs, les psychonautes, les personnes détenues et les usagers de drogues par voie intraveineuse. Leurs motivations à consommer sont de mieux en mieux connues et sont diverses, incluant des facteurs tels que le statut juridique, la disponibilité et le coût, ainsi que la volonté d'éviter les services répressifs et les préférences des usagers pour certaines propriétés pharmacologiques spécifiques. Il semblerait également que les nouvelles substances psychoactives aient fait office de substitut à un moment où les drogues illicites existantes étaient faiblement disponibles et de mauvaise qualité. Ainsi, la popularité qu'a connue la méphédrone dans certains pays au début de cette décennie a été attribuée en partie à la qualité médiocre de stimulants illicites tels que la MDMA et la cocaïne. Il sera intéressant d'observer si l'amélioration actuelle de la pureté et de la teneur des drogues connues aura des répercussions sur la consommation des nouvelles substances psychoactives.

Hausse continue du nombre de nouvelles substances psychoactives identifiées sur le marché des drogues

Si l'usage des nouvelles substances psychoactives semble globalement limité, le rythme d'émergence des nouvelles drogues n'a pas diminué. Les notifications au système d'alerte précoce (EWS) de l'UE révèlent que la variété et la quantité de nouvelles substances psychoactives ne cessent de croître sur le marché européen. En 2014, 101 nouvelles substances ont été détectées pour la première fois et il est intéressant de constater à quel point les nouvelles drogues arrivant sur le marché, essentiellement des cannabinoïdes, des stimulants, des hallucinogènes et des opiacés synthétiques, imitent les substances existantes. L'EMCDDA présente également, dans ce rapport, de nouvelles données relatives aux saisies réalisées sur ces substances. Il convient de signaler que la méthode utilisée pour recueillir les données diffère de celle utilisée pour assurer la surveillance régulière des saisies de drogues, et que les deux séries de données ne sont pas directement comparables.

Atteignant un niveau sans précédent, six évaluations des risques ont été menées en 2014. Ces dernières rappellent l'importance de se concentrer sur les substances présentant des risques particuliers. Elles ont été facilitées par la disponibilité accrue d'informations tant sur les urgences hospitalières qu'en matière de toxicologie. En dépit des améliorations apportées à la surveillance des risques aigus associés aux drogues, des lacunes persistent dans ce domaine et continuent de limiter notre compréhension des conséquences de santé publique liées non seulement aux nouvelles substances psychoactives mais aussi, de façon plus générale, aux habitudes de consommation contemporaines.

Les réponses en matière sociale et sanitaire aux défis posés par les nouvelles drogues ont été fragmentaires et lentes à émerger, mais prennent aujourd'hui de l'ampleur. Des efforts très variés sont entrepris, reflétant l'ensemble du spectre des actions menées pour lutter contre les substances illicites connues, allant des activités d'éducation et de formation en matière de drogues, aux initiatives de protection des consommateurs induites par les usagers de internet, en passant par les programmes d'échange de seringues mis en œuvre dans les structures à bas seuil d'exigences.

1

**L'Europe représente un marché important
pour les drogues, soutenu à la fois
par la production domestique
et les drogues issues de trafics
dans d'autres régions**

L'offre de drogue et le marché

Dans le contexte mondial, l'Europe représente un marché important pour les drogues, soutenu à la fois par la production domestique et les drogues issues des trafics en provenance d'autres régions. L'Amérique latine, l'Asie occidentale et l'Afrique du Nord figurent parmi les principales régions d'origine des drogues entrant en Europe, et certains précurseurs et drogues transitent par l'Europe avant d'être acheminés vers d'autres continents. L'Europe est aussi une région productrice de cannabis et de drogues synthétiques, le cannabis étant essentiellement produit pour la consommation locale, tandis que certaines drogues synthétiques sont fabriquées en vue d'être exportées dans d'autres parties du monde.

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

L'analyse présentée dans ce chapitre s'appuie sur les données communiquées relatives aux saisies de drogues, au démantèlement des unités de production de drogues, aux délits liés à la drogue, aux prix de détail des drogues, à la pureté et à la teneur des drogues. Dans certaines régions, l'absence de données sur les saisies pour certains pays rend difficile l'analyse des tendances. Des séries de données complètes et des notes méthodologiques sont disponibles dans le bulletin statistique en ligne. Il convient de noter que les tendances peuvent être influencées par divers facteurs dont les niveaux d'activité des services répressifs et l'efficacité des mesures d'interdiction.

Ce chapitre présente également les données relatives aux saisies des nouvelles substances psychoactives notifiées dans le système d'alerte précoce (EWS) de l'UE par les partenaires nationaux de l'EMCDDA et d'Europol. Ces informations étant extraites de rapports spécifiques plutôt que de systèmes de surveillance régulière, ces estimations en matière de saisies représentent une base minimale. Les données vont être influencées par des facteurs tels qu'une meilleure connaissance de ces substances, l'évolution de leur statut juridique et les pratiques de notification des organes répressifs. Une description complète du système d'alerte précoce est disponible sur le site de l'EMCDDA sous la rubrique Action on new drugs (Actions relatives aux nouvelles drogues).

FIGURE 1.1

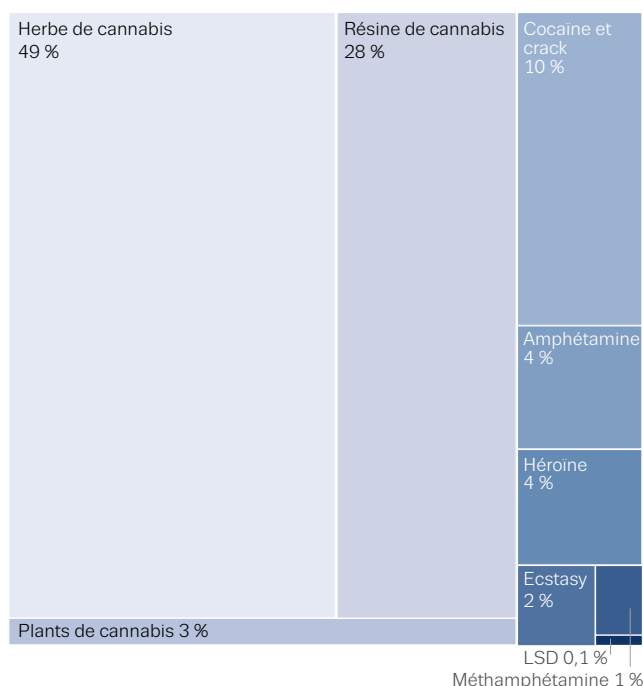
Des données exhaustives sur les législations européennes en matière de drogues sont consultables en ligne dans la base de données juridique européenne sur les drogues. L'application de ces lois fait l'objet d'une surveillance via des rapports sur les délits en matière de drogues.

Des marchés conséquents pour le cannabis, l'héroïne et les amphétamines existent dans de nombreux pays européens depuis les années 70 et 80. Au fil du temps, d'autres substances se sont imposées - dont la MDMA dans les années 90 et la cocaïne dans les années 2000. Le marché continue d'évoluer, la dernière décennie ayant vu l'émergence d'une large gamme de nouvelles substances psychoactives. La nature du marché des drogues illicites a également évolué en raison de la mondialisation, des technologies et d'internet. Les innovations dans les méthodes de production et de trafic de drogue et l'apparition de nouveaux itinéraires de trafic ont également engendré de nouveaux défis.

Les mesures de lutte contre l'offre de drogue impliquent de nombreux acteurs gouvernementaux et services répressifs et sont généralement impossibles à appliquer en l'absence de coopération internationale. La position des pays à l'égard de ce phénomène se reflète par ailleurs dans leurs législations nationales en matière de drogue. Les données relatives aux arrestations et saisies constituent les indicateurs les mieux documentés des efforts de rupture de la chaîne d'offre de drogue.

**La plupart des saisies
en Europe - environ 80 % -
concernent le cannabis**

Proportion du nombre déclaré de saisies pour les principales drogues, 2013



Saisies de drogues en Europe: prédominance du cannabis

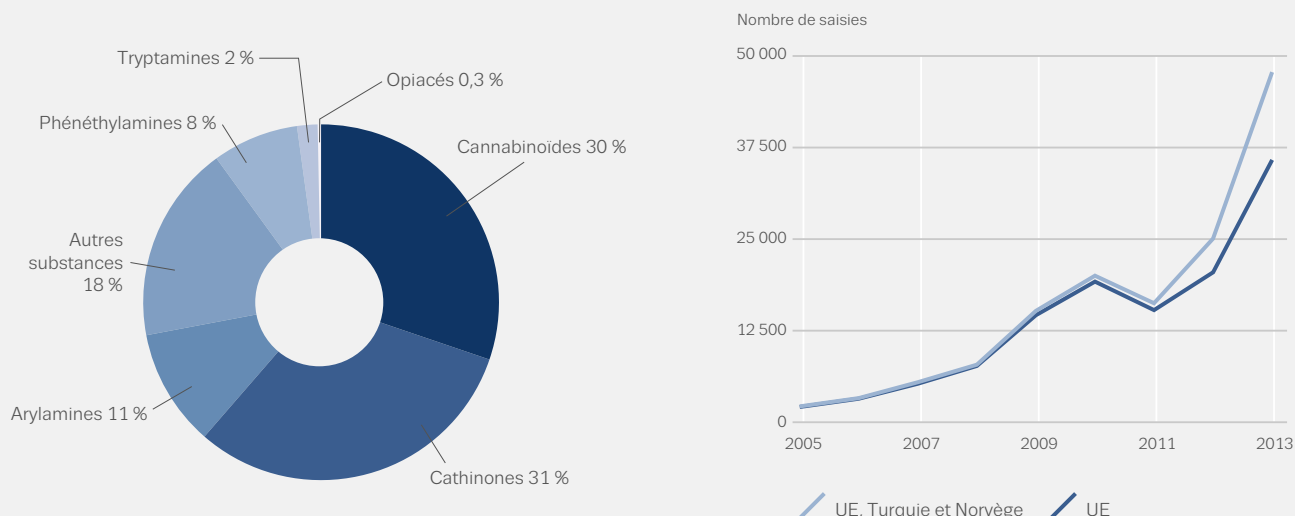
Près d'un million de saisies de drogues illicites sont signalées chaque année en Europe. Dans la plupart des cas, il s'agit de petites quantités confisquées à des usagers, bien que ce chiffre total comprenne aussi des colis de plusieurs kilos saisis aux trafiquants et producteurs.

La plupart des saisies en Europe - environ 80 % - concernent le cannabis (figure 1.1), ce qui traduit sa prévalence d'usage relativement élevée. La cocaïne arrive en deuxième place, avec plus du double du nombre de saisies signalées pour les amphétamines ou l'héroïne. Le nombre de saisies d'ecstasy est relativement faible.

En 2013, environ deux tiers de toutes les saisies dans l'Union européenne ont été signalées par deux pays seulement, l'Espagne et le Royaume-Uni, bien que des chiffres considérables aient également été communiqués par la Belgique, l'Allemagne, l'Italie et quatre pays nordiques. Il convient également de noter qu'aucune donnée récente sur le nombre de saisies n'est disponible pour la France et les Pays-Bas - pays qui ont signalé un grand nombre de saisies dans le passé - ni pour la Pologne. L'absence de telles données ajoute une incertitude à l'analyse contenue dans le présent rapport. En outre, la Turquie occupe une place majeure en termes

FIGURE 1.2

Nombre de saisies de nouvelles substances psychoactives notifiées au système d'alerte précoce (EWS) de l'UE: ventilation par principales catégories de substances saisies en 2013 (gauche) et tendances (droite)



de saisies de drogues, certaines des drogues interceptées étant destinées à la consommation dans d'autres pays, tant en Europe qu'au Moyen-Orient.

Le présent rapport fournit par ailleurs des données sur le nombre croissant de saisies de nouvelles substances psychoactives notifiées au système d'alerte précoce (EWS) de l'UE. En 2013, quelque 35 000 saisies ont été signalées, essentiellement des cannabinoides et des cathinones synthétiques (figure 1.2). Cette estimation est à considérer comme minimale compte tenu de l'absence de notification systématique dans ce domaine. Il est à noter que ces données ne sont pas directement comparables avec celles relatives aux drogues connues telles que le cannabis.

Produits du cannabis: un marché diversifié

Deux formes de cannabis sont habituellement disponibles sur le marché européen des drogues: l'herbe de cannabis (marijuana) et la résine de cannabis (haschisch). L'herbe de cannabis que l'on trouve en Europe est tantôt cultivée localement, tantôt importée de pays tiers. La majeure partie de la résine de cannabis est importée du Maroc par bateau ou par avion.

En 2009, le nombre de saisies d'herbe de cannabis a dépassé celui de la résine en Europe et cet écart a continué de se creuser (figure 1.3). Cette évolution reflète probablement dans une large mesure la disponibilité croissante de l'herbe de cannabis produite localement dans de nombreux pays, ce dont témoigne la hausse du nombre de saisies de plants de cannabis.

Néanmoins, la quantité de résine de cannabis saisie dans l'Union européenne demeure bien supérieure à la quantité d'herbe de cannabis saisie (460 tonnes contre 130 tonnes). Cela tient en partie au fait que la résine de cannabis est transportée en grosses quantités sur de longues distances et à travers les frontières nationales, et est donc plus susceptible d'être interceptée.

La récente émergence de produits à base de cannabinoides de synthèse ajoute une dimension nouvelle au marché du cannabis. Plus de 130 cannabinoides de synthèse ont été détectés ces dernières années. La plupart de ces substances sont apparemment fabriquées en Chine. Après avoir été acheminées en Europe sous la

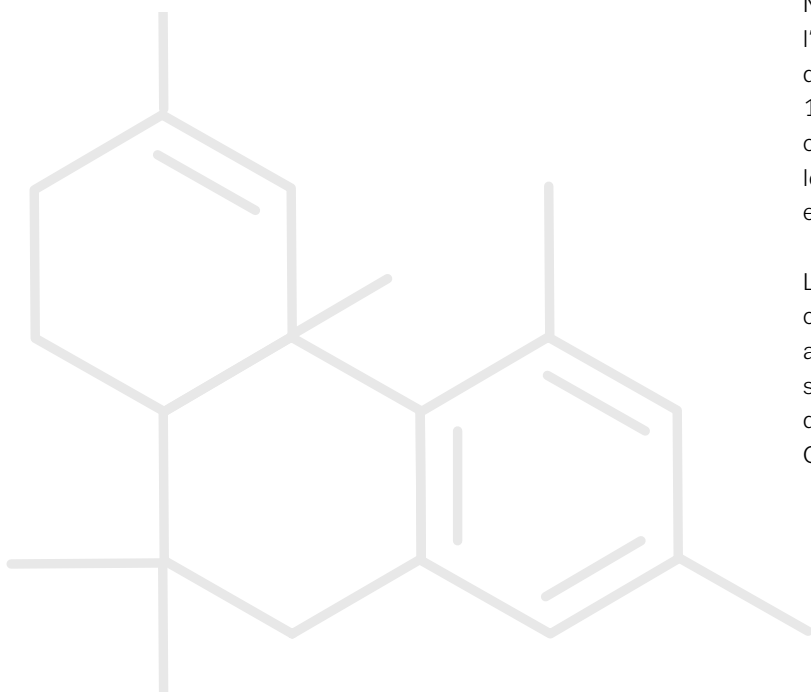
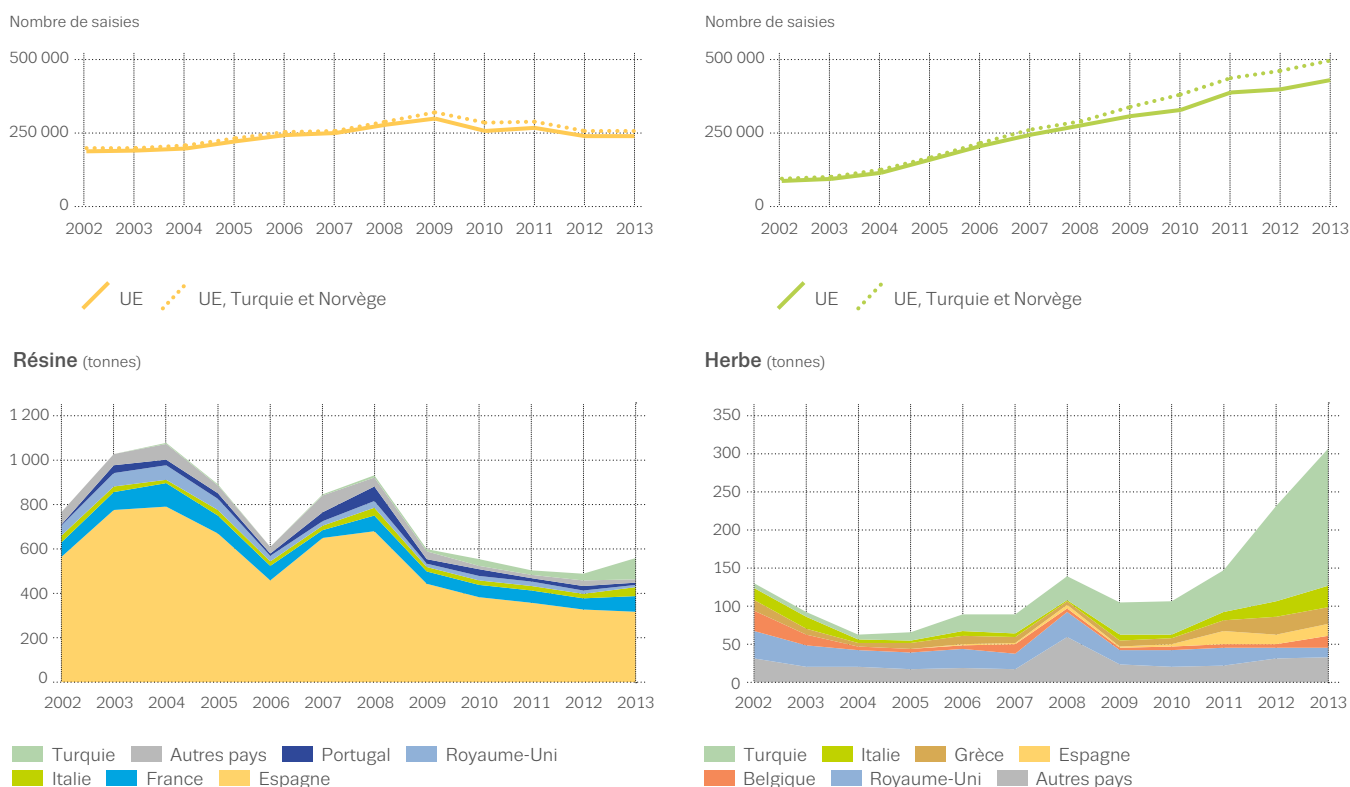


FIGURE 1.3

Évolution du nombre de saisies de cannabis et des quantités saisies: résine (gauche) et herbe (droite)



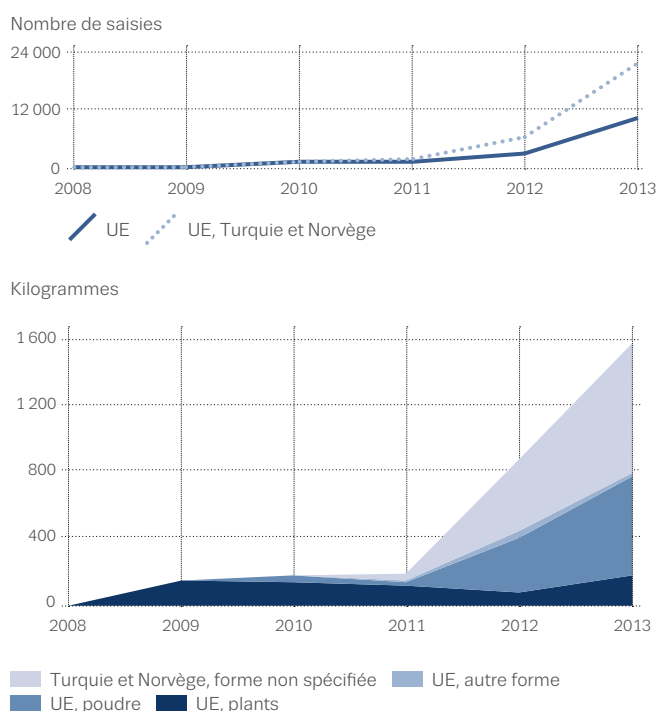
forme de poudre, ces substances chimiques sont généralement mélangées à des plantes et conditionnées comme «legal highs» ou «euphorisants légaux».

En 2013, 671 000 saisies de cannabis ont été signalées dans l'Union européenne (431 000 d'herbe de cannabis et 240 000 de résine de cannabis). Par ailleurs, 30 000 saisies de plants de cannabis ont été déclarées. Plus de 10 000 saisies de cannabinoïdes de synthèse ont été notifiées par les pays de l'UE au système d'alerte précoce en 2013, ce qui dénote une forte hausse par rapport à 2011, tandis que 11 000 saisies supplémentaires ont été signalées par la Turquie (voir figure 1.4).

Dans l'analyse de la quantité de cannabis saisie, un petit nombre de pays occupent une place disproportionnée en raison de leur emplacement sur les grands axes du trafic de cannabis. L'Espagne, par exemple, en tant que point d'entrée majeur du cannabis produit par le Maroc, a déclaré plus de deux tiers de la quantité totale de résine de cannabis saisie en Europe en 2013 (figure 1.5). Pour ce qui est de l'herbe de cannabis, des hausses importantes ont été récemment enregistrées en Grèce, en Espagne et en Italie. Ces dernières années, la Turquie en a saisi de plus grandes quantités que tout autre pays européen et le volume signalé en 2013 (180 tonnes) était supérieur à celui de tous les États membres de l'UE réunis.

FIGURE 1.4

Saisies de cannabinoïdes synthétiques notifiées au système d'alerte précoce (EWS) de l'UE: nombre de saisies et quantités saisies, 2013



Les saisies de plants de cannabis peuvent être considérées comme un indicateur de la production de cette drogue dans un pays. En raison des difficultés méthodologiques rencontrées, les données à ce sujet doivent être considérées avec prudence. Il n'en demeure pas moins que le nombre de plants saisis est passé de 1,5 million en 2002 à 3,7 millions en 2013.

L'analyse des tendances parmi les pays effectuant des notifications systématiques indique une hausse majeure de la teneur en principe actif (tétrahydrocannabinol, THC) pour l'herbe comme pour la résine de cannabis entre 2006 et 2013. Cette hausse peut être due à l'émergence de techniques de production intensive en Europe et, plus

récemment, à l'introduction de plants à forte teneur en principe actif au Maroc.

Les tendances observées en matière de délits liés au cannabis dans l'Union européenne ont également été en forte hausse entre 2006 et 2013.

CANNABIS

Résine

Saisies

240 000 saisies 257 000 saisies (UE + 2)



460 tonnes saisies
560 tonnes saisies (UE + 2)

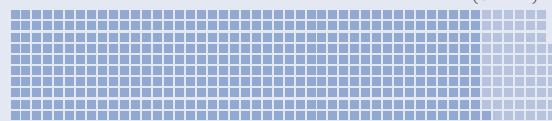
Plants de cannabis

30 000 saisies 3,7 millions de plants saisis

Herbe

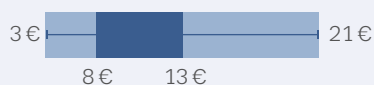
Saisies

431 000 saisies 497 000 saisies (UE + 2)

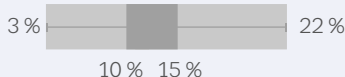


130 tonnes saisies
310 tonnes saisies (UE + 2)

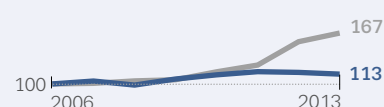
Prix (EUR/g)



Teneur (% THC)



Indices de prix et de teneur

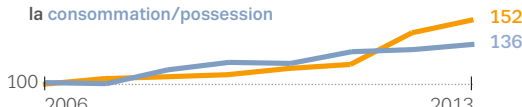


Délits liés à la drogue

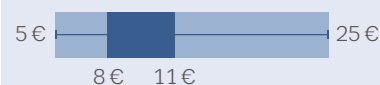
782 000 déclarations d'infractions liées à la consommation/possession de cannabis
116 000 déclarations d'infractions liées à l'offre de cannabis

78 % des infractions déclarées sont liées à la consommation/possession
57 % des infractions déclarées sont liées à l'offre

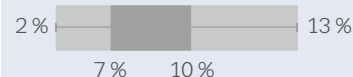
Tendances: infractions liées à l'offre et à la consommation/possession



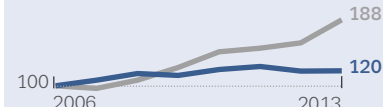
Prix (EUR/g)



Teneur (% THC)



Indices de prix et de teneur

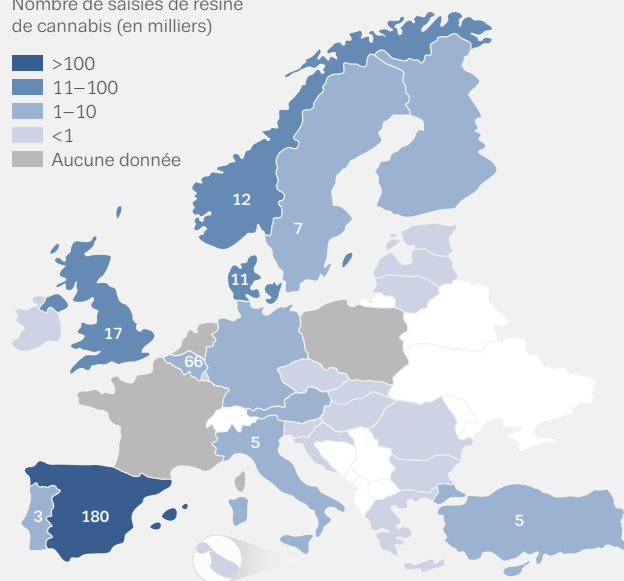
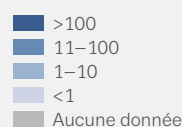


UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Les tendances relatives aux infractions renvoient aux cas impliquant des produits à base de cannabis. Prix et teneur des produits à base de cannabis: valeurs nationales moyennes - minimum, maximum et intervalle interquartile. Les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

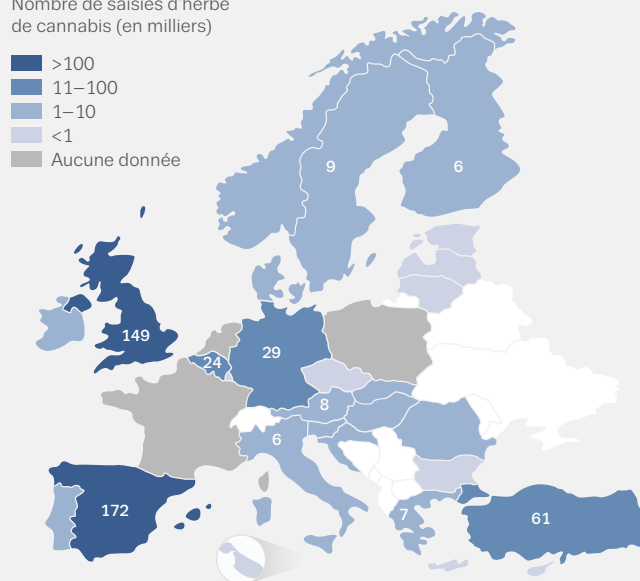
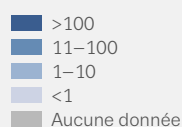
FIGURE 1.5

Saisies de résine et d'herbe de cannabis, 2013

Nombre de saisies de résine de cannabis (en milliers)

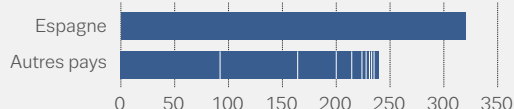


Nombre de saisies d'herbe de cannabis (en milliers)

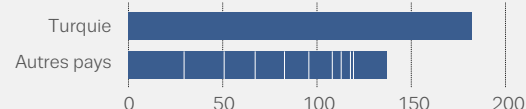


NB: nombre de saisies (en milliers) dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Quantités de résine de cannabis saisies (en tonnes)



Quantités d'herbe de cannabis saisies (en tonnes)



Les opiacés: un marché en évolution?

L'héroïne est l'opiacé le plus répandu sur le marché européen des drogues. Historiquement, deux formes d'héroïne importée sont disponibles 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 désormais aussi être produite en Afghanistan ou dans les pays voisins. Parmi les autres opiacés saisis par les services répressifs dans les pays européens en 2013 figuraient l'opium et les produits médicaux à base de morphine, de méthadone, de buprénorphine, de fentanyl et de tramadol. Certains opiacés utilisés à des fins thérapeutiques ont été détournés du système de distribution pharmaceutique légal, tandis que d'autres sont produits spécifiquement pour le marché illicite. Il est inquiétant de constater que 14 nouveaux opiacés de synthèse ont été notifiés au système d'alerte précoce de l'UE depuis 2005, dont plusieurs fentanyl non réglementés extrêmement puissants.

L'Afghanistan reste le premier producteur d'opium illicite au monde. On estime que la majeure partie de l'héroïne consommée en Europe est fabriquée dans ce pays ou en

Iran et au Pakistan voisins. Il semblerait néanmoins que les étapes finales de la fabrication d'héroïne puissent à présent être menées en Europe, comme l'indique la découverte de deux laboratoires convertissant la morphine en héroïne en Espagne en 2013-14.

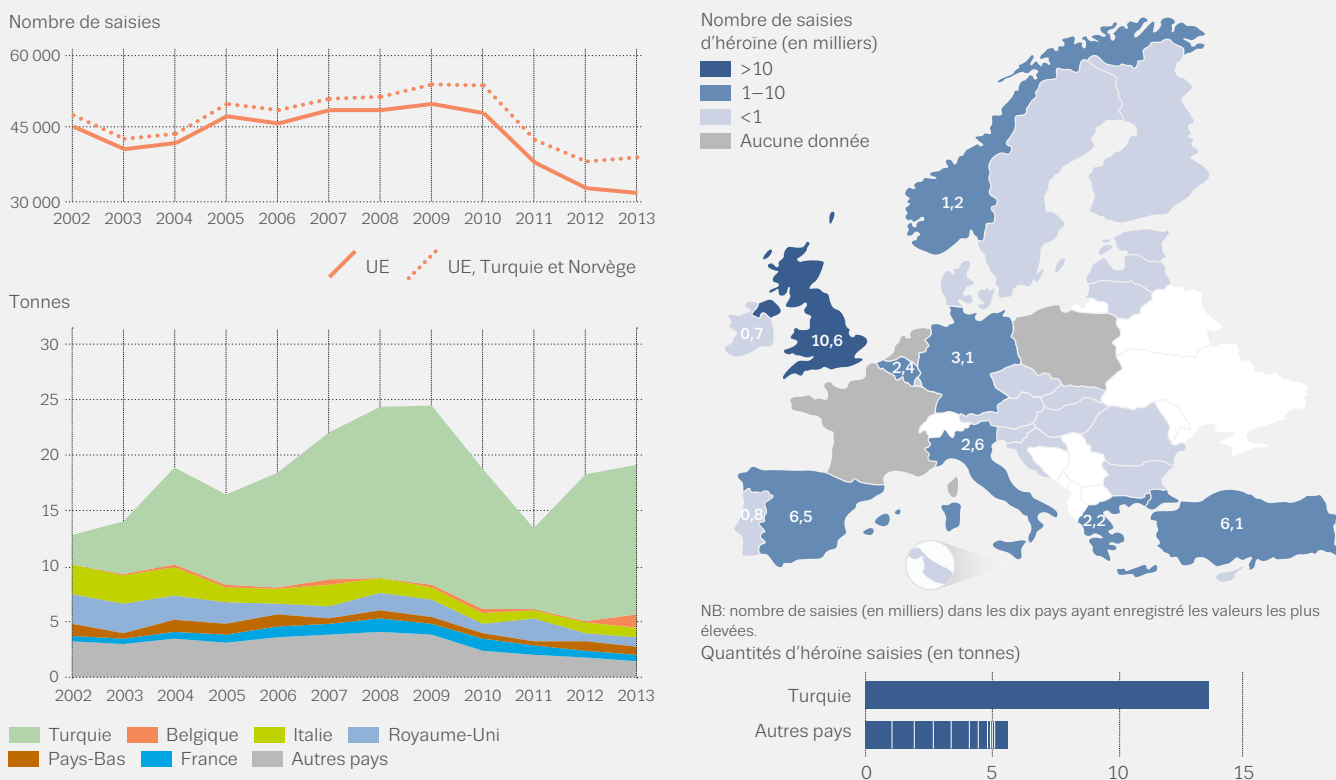
Historiquement, les signalements d'opiacés illicites provenant d'Europe ont été limités à la production de produits de fabrication artisanale à base de pavot dans certaines régions d'Europe orientale.

Il existe quatre voies d'acheminement de l'héroïne en Europe. Les deux plus importantes sont la «route des Balkans» et la «route du Sud». Le premier itinéraire passe par la Turquie pour arriver dans les pays balkaniques (Bulgarie, Roumanie ou Albanie) et continuer vers l'Europe centrale, méridionale et occidentale. Les cargaisons d'héroïne d'Iran ou du Pakistan peuvent aussi pénétrer en Europe par air ou par mer, soit directement, soit en transitant par l'Afrique occidentale, méridionale ou orientale. La route du Sud semble avoir gagné en importance ces dernières années.

L'Europe a enregistré un déclin considérable des saisies d'héroïne à compter de 2010, à la suite de près d'une décennie de relative stabilité. Tant le nombre de saisies d'héroïne (32 000) que la quantité saisie en 2013 (5,6 tonnes) figurent parmi les niveaux les plus bas

FIGURE 1.6

Nombre de saisies d'héroïne et quantités saisies: tendances (gauche) et en 2013 (droite)



signalés au cours de la dernière décennie. Le déclin des saisies dans l'Union européenne a coïncidé avec une hausse des saisies en Turquie (13,5 tonnes en 2013), où, chaque année depuis 2006, les quantités saisies ont été supérieures à celles saisies dans l'ensemble des pays de l'UE réunis (figure 1.6).

Parallèlement, les tendances des prix et des infractions liées à l'offre d'héroïne sont également à la baisse (voir infographie sur l'héroïne). Dans plusieurs pays, les marchés de l'héroïne ont été marqués par des pénuries de l'offre en 2010/11 et peu semblent s'en être totalement remis. Néanmoins, parmi les pays effectuant des

HÉROÏNE

Saisies

32 000
saisies

39 000
saisies (UE + 2)

5,6
tonnes saisies

19,1
tonnes saisies (UE + 2)

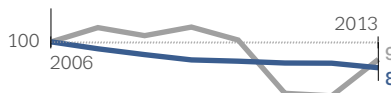
Prix (EUR/g)

25 € — 158 €
33 € 58 €

Pureté (%)

6 % — 75 %
13 % 23 %

Indices de prix et de pureté



Délits liés à la drogue

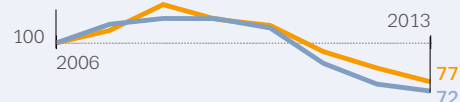
37 800
déclarations d'infractions
liées à la consommation/
possession d'héroïne

4 %
des infractions
déclarées sont liées à la
consommation/possession

17 000
déclarations d'infractions
liées à l'offre d'héroïne

9 %
des infractions déclarées
sont liées à l'offre

Tendances: infractions liées à l'offre et à la consommation/possession



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

notifications systématiques, les tendances semblent indiquer une amélioration de la pureté de l'héroïne en Europe en 2013. Certains pays ont, par ailleurs, signalé redouter une potentielle hausse de sa disponibilité. En Turquie, le nombre de saisies a augmenté en 2013 et la quantité saisie a continué de croître par rapport à 2012; les Nations unies ont fait état d'une hausse substantielle de la production d'opium en Afghanistan. Conjugués, ces signes vont dans le sens d'une hausse probable de la disponibilité de cette drogue.

Cocaïne: stabilité des saisies et amélioration de la pureté

En Europe, deux formes de cocaïne sont disponibles, dont la plus commune est la cocaïne poudre (forme chlorhydrate). Le crack, plus rare, est une forme de cocaïne fumable (freebase). 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. Les données disponibles indiquent que le trafic de cocaïne vers l'Europe se concentre principalement dans les pays occidentaux et méridionaux. L'Espagne, la Belgique, les Pays-Bas, la France et l'Italie totalisent 86 % des 62,6 tonnes saisies en 2013 (figure 1.7).

En 2013, quelque 78 000 saisies de cocaïne ont été signalées dans l'Union européenne, ce qui correspond à 63 tonnes de cette drogue. La situation est relativement stable depuis 2010, bien que le nombre de saisies et le volume saisi soient considérablement inférieurs aux pics enregistrés en 2006 et 2008 (figure 1.7). Si l'Espagne continue d'enregistrer les plus importantes saisies de cocaïne en Europe, il existe certains signes de diversification des itinéraires de trafic en Europe, des saisies ayant été récemment signalées dans certains ports de la Méditerranée méridionale, de la mer Baltique et de la mer Noire. Globalement, les tendances font apparaître une hausse de la pureté de la cocaïne ces dernières années, tandis que le prix est resté relativement stable. Les tendances en termes de délits liés à la cocaïne indiquent une augmentation de ces infractions depuis 2006.

COCAÏNE

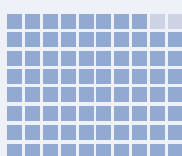
Saisies

78 000
saisies

80 000
saisies (UE + 2)

62,6
tonnes saisies

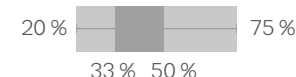
63,2
tonnes saisies (UE + 2)



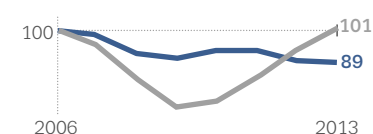
Prix (EUR/g)



Pureté (%)



Indices de prix et de pureté



Délits liés à la drogue

72 300
déclarations d'infractions
liées à la consommation/
possession de cocaïne

29 900
déclarations d'infractions
liées à l'offre de cocaïne



7 %

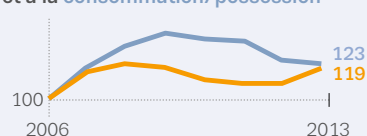
des infractions
déclarées sont liées à la
consommation/possession



15 %

des infractions déclarées
sont liées à l'offre

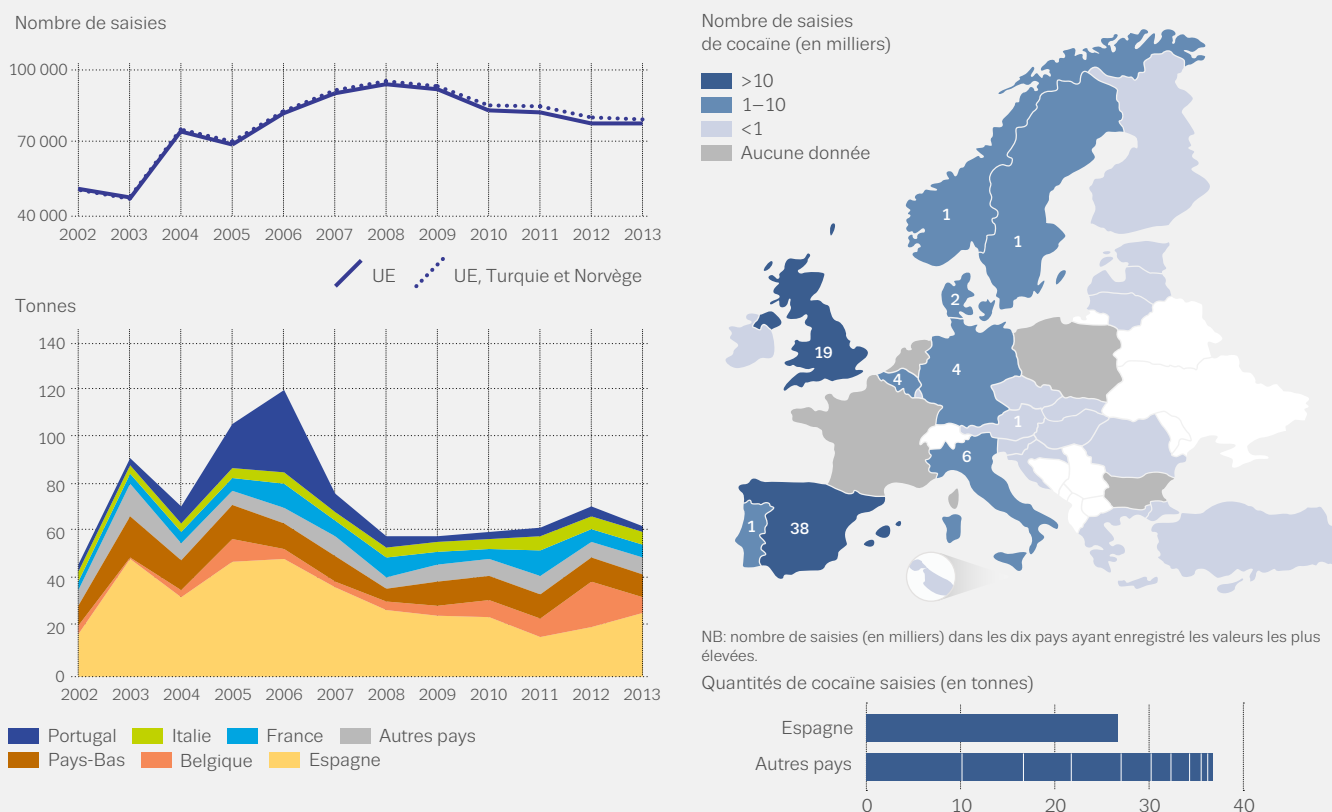
Tendances: infractions liées à l'offre et à la consommation/possession



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

FIGURE 1.7

Nombre de saisies de cocaïne et quantités saisies: tendances (gauche) et 2013 ou année la plus récente (droite)



Amphétamines: augmentation des saisies d'amphétamines et de méthamphétamines

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

Les deux drogues sont synthétisées en Europe pour un usage domestique, bien qu'une certaine quantité d'amphétamines et de méthamphétamines soit aussi produite pour être exportée, principalement au Moyen-Orient et en Extrême-Orient, respectivement. L'Europe est également une plaque tournante de l'amphétamine acheminée de l'Afrique et de l'Iran vers l'Extrême-Orient. Les données disponibles indiquent que la production d'amphétamine se concentre essentiellement en Belgique, aux Pays-Bas, en Pologne et dans les États baltes, ainsi que, dans une moindre mesure, en Allemagne, tandis que la méthamphétamine est surtout produite dans les États baltes et en Europe centrale.

La production de méthamphétamine en Europe semble évoluer, en partie du fait de la disponibilité de précurseurs. La production à partir de benzyl-méthyl-cétone (BMK) comme précurseur principal est concentrée en Lituanie; la drogue est essentiellement exportée vers les pays d'Europe du Nord, où elle a eu un impact sur le marché de l'amphétamine, ce dont témoigne le nombre de saisies relativement élevé signalé en Norvège. La production à partir d'éphédrine ou de pseudoéphédrine se fait en grande partie en République tchèque, même si elle est également observée en Slovaquie et à présent en Allemagne. En République tchèque, historiquement, la production de méthamphétamine avait pour cadre des installations de petite taille et était le fait des usagers eux-mêmes, pour leur usage personnel ou un usage local, d'où le nombre élevé de sites de production découverts dans ce pays (261 démantelés en 2013 sur un total de 294 en Europe). Récemment, cependant, des signes d'une production à plus large échelle sont apparus, des signalements faisant état de groupes criminels organisés vietnamiens produisant de grandes quantités de cette drogue tant pour le marché local que pour les marchés étrangers.

En 2013, 34 000 saisies d'amphétamines ont été signalées par les États membres de l'UE, ce qui équivaut à 6,7 tonnes. Plus de la moitié du volume total d'amphétamine saisi a été enregistré par l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Après une période de relative stabilité, les quantités saisies ont augmenté en 2013 (figure 1.8). Les saisies de méthamphétamine sont beaucoup moins nombreuses et représentent environ un sixième des saisies d'amphétamines en 2013, avec 7 000 saisies signalées dans l'Union européenne pour un volume de 0,5 tonne (figure 1.9). Le nombre de saisies d'amphétamines et les quantités saisies n'ont cessé d'augmenter depuis 2002.

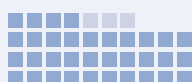
En règle générale, le degré de pureté moyen signalé est plus élevé pour les échantillons de méthamphétamine que pour les échantillons d'amphétamine. Et bien que les tendances parmi les pays effectuant des notifications systématiques laissent à penser que le degré de pureté des amphétamines a augmenté dans les dernières données, le taux de pureté moyen de cette drogue reste relativement faible.

AMPHÉTAMINES

Amphétamine

Saisies

34 000 saisies
37 000 saisies (UE + 2)



6,7 tonnes saisies
8,2 tonnes saisies (UE + 2)



Prix (EUR/g)

8 € 10 € 19 € 63 €

Pureté (%)

5 % 9 % 19 % 47 %

Indices de prix et de pureté



Méthamphétamine

Saisies

7 000 saisies
11 300 saisies (UE + 2)



0,5 tonnes saisies
0,8 tonnes saisies (UE + 2)



Prix (EUR/g)

10 € 13 € 42 € 80 €

Pureté (%)

7 % 31 % 66 % 89 %

Délits liés à la drogue

55 000 1 900

déclarations d'infractions liées à la consommation/possession d'amphétamine
déclarations d'infractions liées à la consommation/possession de méthamphétamine

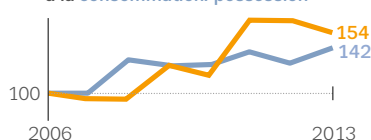
5 %

des infractions déclarées sont liées à la consommation/possession

<1 %

des infractions déclarées sont liées à la consommation/possession

Tendances: infractions liées à l'offre et à la consommation/possession



16 000 2 700

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

8 %

des infractions déclarées sont liées à l'offre

1 %

des infractions déclarées sont liées à l'offre

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

FIGURE 1.8

Nombre de saisies d'amphétamine et quantités saisies: tendances (gauche) et 2013 ou année la plus récente (droite)

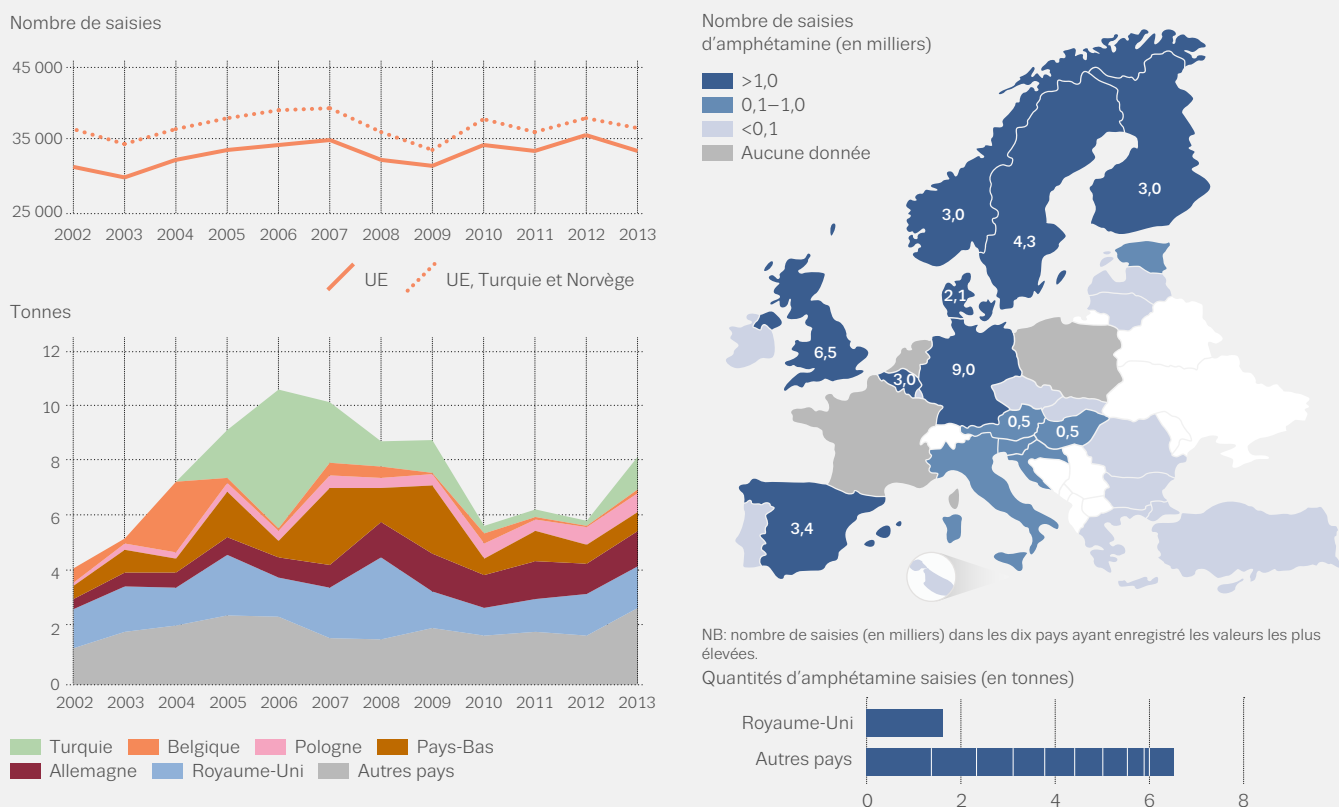
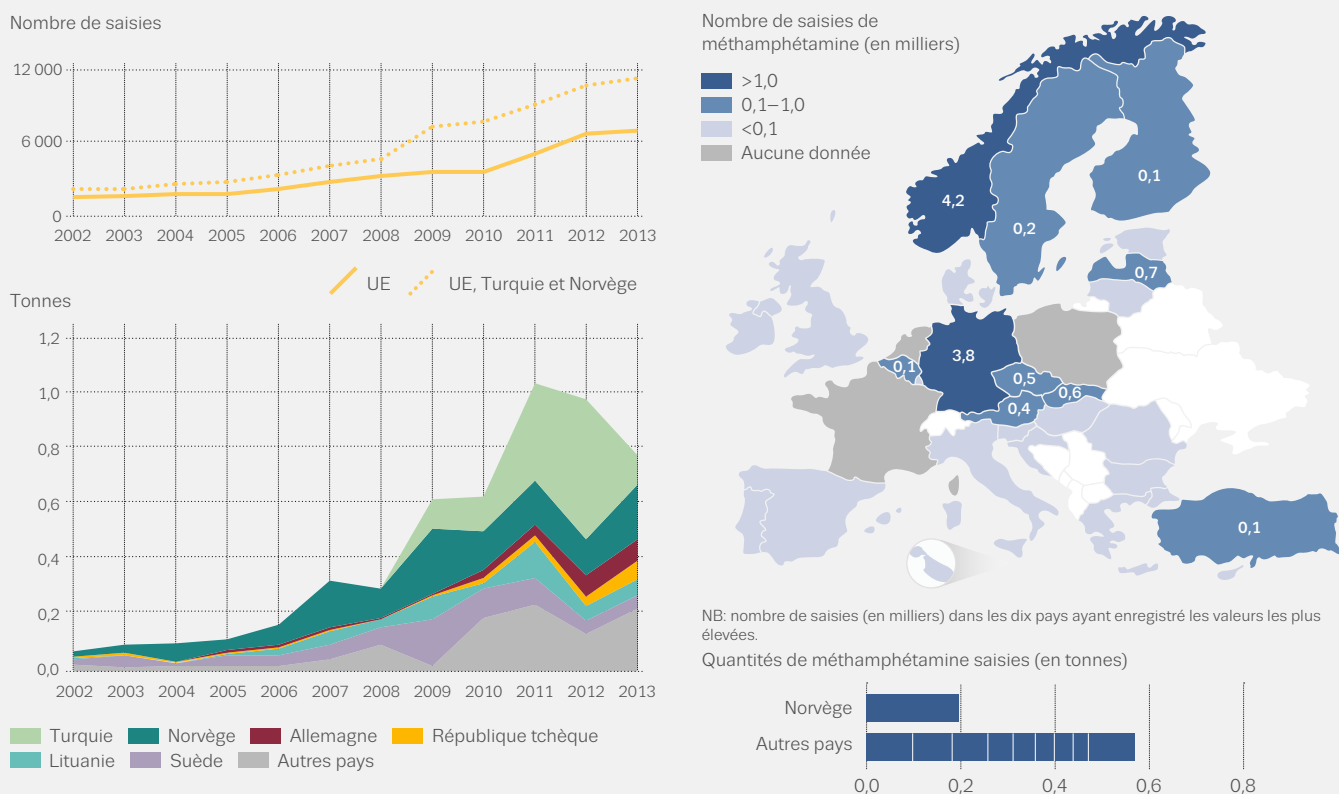


FIGURE 1.9

Nombre de saisies de méthamphétamine et quantités saisies: tendances (gauche) et 2013 ou année la plus récente (droite)



MDMA/ecstasy: hausse des produits de haute pureté

La substance de synthèse MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) est chimiquement apparentée aux amphétamines, mais ses effets diffèrent. Les comprimés d'ecstasy sont, depuis toujours, le principal produit à base de MDMA vendu sur le marché, bien qu'ils puissent contenir diverses substances analogues à la MDMA ainsi que d'autres substances chimiques non apparentées. Alors qu'auparavant les rapports indiquaient que la majorité des comprimés vendus sous le nom d'ecstasy en Europe contenaient de faibles doses de MDMA, voire n'en contenaient pas du tout, des données récentes tendent à démontrer une évolution dans ce domaine. Les données récentes montrent une plus grande disponibilité d'une part des comprimés de MDMA fortement dosés et d'autre part de MDMA en poudre et sous forme «cristal».

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

Il est difficile d'évaluer les tendances récentes en matière de saisies de MDMA en raison de l'absence de données pour certains pays susceptibles de contribuer largement à cette statistique totale. Pour 2013, aucune donnée n'est disponible pour les Pays-Bas et le nombre de saisies n'est pas disponible pour la France et la Pologne. Les Pays-Bas ont signalé la saisie de 2,4 millions de comprimés de MDMA en 2012 et si l'on se fonde sur un chiffre similaire pour 2013, on peut estimer à 4,8 millions le nombre de comprimés de MDMA saisis dans l'Union européenne cette année-là. Ce chiffre correspondrait plus ou moins au double de la quantité saisie en 2009. Il convient de noter que la quantité de MDMA aujourd'hui saisie en Turquie (4,4 millions de comprimés) équivaut au volume total saisi dans l'ensemble des États membres de l'UE. Cela conduit à se demander si ces drogues étaient destinées à un usage local ou à l'exportation dans l'Union européenne ou ailleurs (figure 1.10).

Les tendances des délits liés à la MDMA indiquent une récente hausse dans ce domaine. Parmi les pays effectuant des notifications systématiques, les tendances suggèrent également une augmentation de la teneur en MDMA depuis 2010 et la disponibilité de produits fortement dosés en MDMA a donné lieu au lancement d'alertes conjointes d'Europol et de l'EMCDDA en 2014. Considérés conjointement, ces indicateurs du marché de la MDMA mentionnent tous une reprise par rapport au creux atteint il y a cinq ans.

ECSTASY

Saisies

13 400
saisies

18 000
saisies (UE + 2)

4,8
millions de comprimés saisis

9,3
millions de comprimés saisis (UE + 2)

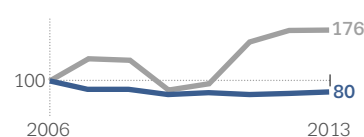
Prix (EUR/comprimé)

3 € 5 € 10 € 24 €

Pureté (mg MDMA/comprimé)

34 77 98 144

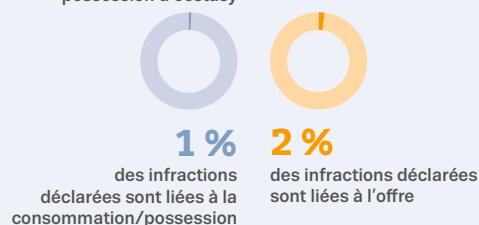
Indices de prix et de pureté



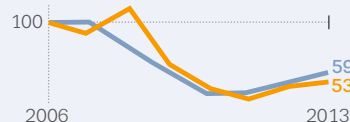
Délits liés à la drogue

11 000 déclarations d'infractions liées à la consommation/possession d'ecstasy

3 700 déclarations d'infractions liées à l'offre d'ecstasy



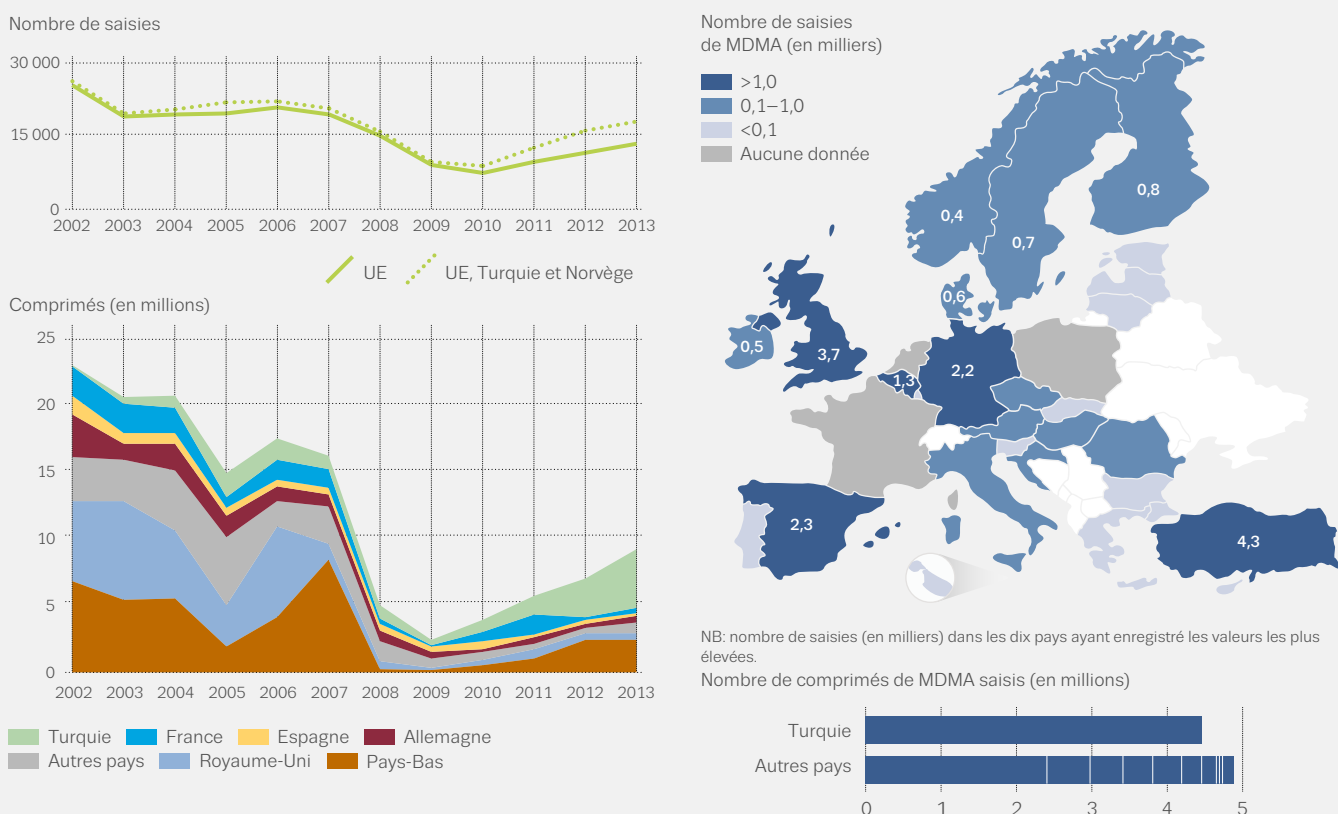
Tendances: infractions liées à l'offre et à la consommation/possession



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

FIGURE 1.10

Nombre de saisies de MDMA et nombre de comprimés saisis: tendances (gauche) et 2013 ou année la plus récente (droite)



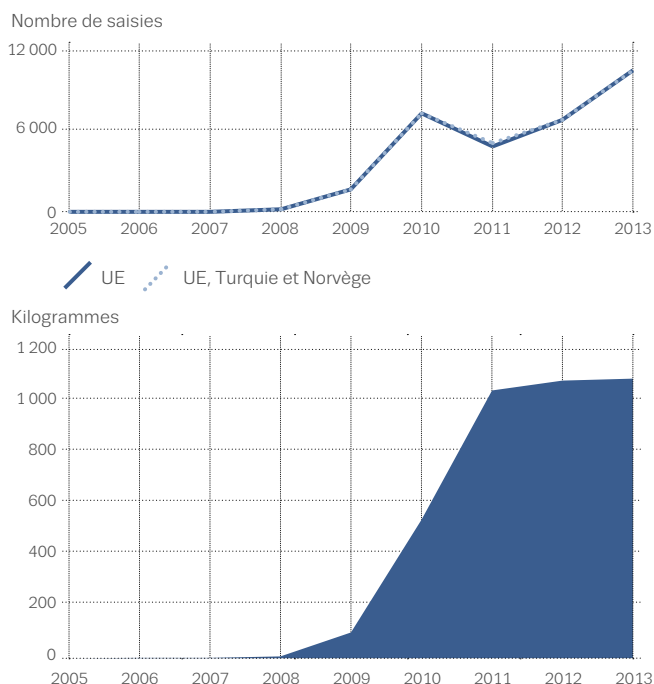
De nouveaux stimulants sur le marché illicite

Tout d'abord introduites en tant que nouvelles substances psychoactives, non réglementées par les législations sur les drogues, des cathinones de synthèse telles que la méphédronne, la pentédrone et le MDPV (3,4-méthylènedioxypropylamine) se sont implantées sur le marché illicite des drogues dans certains pays européens. Les cathinones sont consommées comme d'autres stimulants tels que les amphétamines et la MDMA, et souvent de façon interchangeable. Elles sont généralement disponibles en poudre ou en comprimés. Elles semblent être essentiellement produites en Chine ou en Inde, pour être ensuite exportées en Europe, où elles sont conditionnées et commercialisées en tant que «legal highs» ou «euphorisants légaux» ou vendues sur le marché illicite. Le système d'alerte précoce a identifié plus de 70 nouvelles cathinones en Europe. En 2013, plus de 10 000 notifications de saisies de cathinones de synthèse ont été signalées au système d'alerte précoce (figure 1.11).

Les cathinones sont utilisées de façon similaire à d'autres stimulants comme les amphétamines et la MDMA, et souvent de manière interchangeable avec ces produits

FIGURE 1.11

Saisies de cathinones synthétiques notifiées au système d'alerte précoce (EWS) de l'UE: nombre de saisies et quantités saisies, 2013



Nouvelles substances psychoactives: un marché d'une diversité croissante

La disponibilité de nouvelles substances psychoactives sur le marché européen des drogues a rapidement augmenté au cours de la dernière décennie, comme le prouve le nombre croissant de saisies notifiées au système d'alerte précoce et via des mécanismes de surveillance normalisés. Ces nouvelles drogues comprennent des substances, de synthèse ou naturelles, non réglementées par le droit national et souvent fabriquées dans l'intention de reproduire les effets des substances réglementées. Les substances chimiques sont généralement importées par l'intermédiaire de fournisseurs situés hors d'Europe pour être ensuite préparées, conditionnées et commercialisées en Europe. Toutefois, il est de plus en plus fréquent que de nouvelles drogues soient produites en Europe dans des laboratoires clandestins et vendues directement sur le marché.

Pour éviter les contrôles, les produits sont souvent étiquetés de façon trompeuse, par exemple en tant que «*research chemicals*» (substances chimiques destinées à des fins de recherche), avec des avertissements indiquant que le produit n'est pas destiné à la consommation humaine. Ces substances sont commercialisées par l'intermédiaire de magasins de détail et spécialisés en ligne et, de plus en plus, via les canaux utilisés pour l'offre de substances illicites. Ce marché, de même que son lien

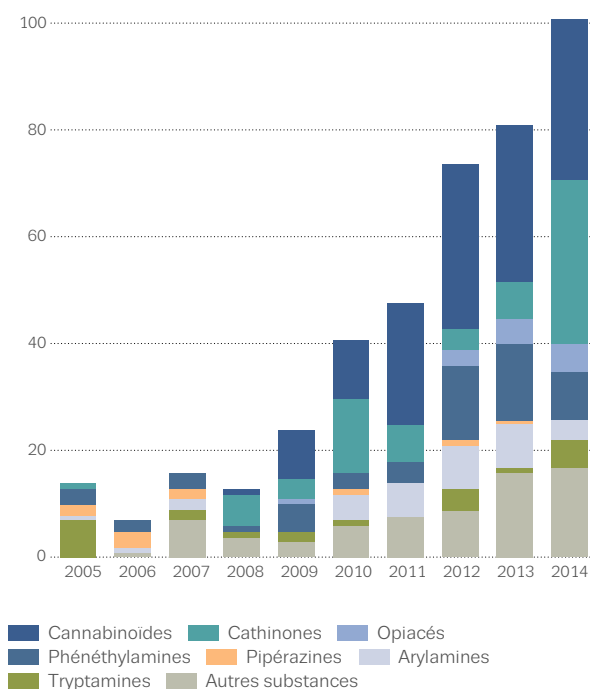
avec le marché illicite, est dynamique, étant caractérisé par l'introduction continuelle de nouveaux produits et de nouvelles mesures de réglementation. Les cannabinoïdes et les cathinones de synthèse constituent les groupes de nouvelles substances psychoactives les plus fréquemment saisis, ce qui s'explique par la demande relativement élevée de cannabis et de stimulants sur le marché illicite des drogues.

Outre le nombre croissant de saisies de nouvelles drogues rapportées chaque année en Europe, le nombre de nouvelles substances détectées continue de croître. En 2014, les États membres ont notifié au système d'alerte précoce de l'UE 101 nouvelles substances psychoactives non signalées précédemment. Ce chiffre représentait une hausse de 25 % par rapport à 2013 (figure 1.12). Trente-et-une de ces substances sont des cathinones synthétiques, ce qui en fait la plus vaste catégorie de nouvelles drogues identifiées en Europe en 2014, suivies de 30 cannabinoïdes de synthèse. Cependant, treize autres composés sont difficiles à classer dans les groupes de substances faisant l'objet d'une surveillance. Quatre des nouvelles substances psychoactives notifiées en 2014 sont utilisées en tant que substances actives dans des médicaments. Le système d'alerte précoce de l'UE surveille actuellement plus de 450 nouvelles substances psychoactives.

**En 2014, les États membres
ont notifié au système d'alerte
précoce (EWS) de l'UE
101 nouvelles substances
psychoactives non signalées
précédemment**

FIGURE 1.12

Nombre et catégories de nouvelles substances psychoactives notifiées au système d'alerte précoce (EWS) de l'UE, 2005–14



Nouvelles substances soumises à une évaluation des risques en Europe en 2014

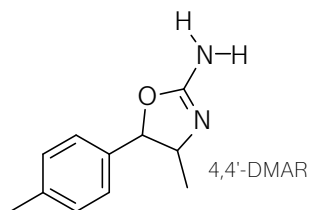
Un mécanisme européen existe pour l'identification, l'évaluation et l'éventuelle réglementation des nouvelles substances psychoactives en Europe. En 2014, six nouvelles substances de ce type ont été soumises à une évaluation des risques (voir tableau 1.1). Ces nouvelles drogues sont apparues en Europe ces dernières années et de plus en plus de rapports font état de leurs effets nocifs, notamment des hospitalisations et des décès. Depuis février 2015, quatre des six substances sont soumises à des mesures de réglementation à travers l'Europe.

En 2014, six nouvelles substances de ce type ont été soumises à une évaluation des risques

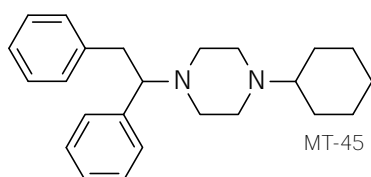
TABLEAU 1.1

Nouvelles substances psychoactives soumises à une évaluation des risques en 2014

En septembre 2014, l'Union européenne a réalisé des évaluations des risques liés au 4-méthyl-5-(4-méthylphényl)-4,5-dihydrooxazol-2-amine (4,4'-DMAR) et au 1-cyclohexyl- 4- (1,2-diphényléthyl) pipérazine (MT-45). Ces évaluations s'ajoutent aux quatre évaluations des risques conduites en avril 2014 sur la 25I-NBOMe (une phénéthylamine substituée ayant des effets hallucinogènes, vendue comme alternative «légale» au LSD), le AH-7921 (un opiacé de synthèse), le MDPV (un dérivé synthétique du cathinone) et la méthoxétamine (un arylcyclohexylamine voisin de la kétamine, commercialisé en tant qu'alternative «légale»).



Le 4,4'-DMAR est un psychostimulant qui est présent sur le marché des drogues européen depuis au moins décembre 2012 et a été détecté dans neuf États membres. Dans quelque 20 % des cas de détection, il a été identifié en combinaison avec d'autres drogues (essentiellement des stimulants). Il a été détecté dans 31 cas de décès signalés en Hongrie, en Pologne et au Royaume-Uni sur une période de douze mois.



Le MT-45 est un opiacé de synthèse ayant des effets analgésiques similaires à ceux de la morphine et qui a été détecté pour la première fois en octobre 2013. Il a été détecté dans 28 cas de décès et 12 cas d'intoxications non mortelles en Suède sur une période de neuf mois. Dans 19 cas de décès, il a été indiqué comme étant la cause du décès ou ayant contribué au décès.

Réponses juridiques aux marchés des drogues en évolution

La rapide émergence de nouvelles substances psychoactives et la diversité des produits disponibles ont posé problème aux décideurs politiques européens. Au niveau de l'UE, un système de surveillance lié à un mécanisme de réglementation juridique existe depuis 1997: il s'agit du système d'alerte précoce de l'UE. Il a été renforcé en 2005. Le système actuel a fait l'objet d'une révision et une proposition de nouveau cadre juridique est actuellement examinée.

Au niveau national, diverses mesures ont été prises pour réglementer les nouvelles substances. Trois grands types de réponses juridiques se démarquent: certains pays ont utilisé des législations existantes couvrant des questions sans lien avec les drogues réglementées, par exemple la législation en matière de sécurité des consommateurs; d'autres ont étendu ou adapté les législations ou processus existants dans le domaine des drogues; d'autres encore ont élaboré de nouvelles législations. Si les définitions des délits et des sanctions varient largement, les réponses tendent à se concentrer sur l'offre plutôt que sur la détention de ces substances.

Internet, un marché tant pour les nouvelles drogues que pour les drogues connues

Depuis quelque temps maintenant, internet est reconnu comme étant un marché important pour la vente de nouvelles substances psychoactives aux Européens. En 2013, un «instantané» (*snapshot*) de l'EMCDDA a répertorié 651 sites web vendant des «euphorisants légaux» aux Européens, tandis que des recensements ciblés de internet effectués en 2014 ont identifié des sites web vendant des drogues spécifiques telles que l'opiacé de synthèse MT-45, parfois au kilogramme.

Internet et les médias sociaux ont également gagné en importance sur le marché des drogues illicites. De nouveaux éléments tendent à indiquer l'existence de marchés «gris» - des sites web vendant de nouvelles substances psychoactives sur le web tant visible qu'invisible (*deep web*). Le web invisible est un pan de internet non accessible via les moteurs de recherche classiques. Les drogues peuvent y être vendues sur des marchés, sur des réseaux décentralisés ou entre particuliers. Une grande attention a été apportée aux crypto-marchés tels que Silk Road, Evolution et Agora. Ces marchés en ligne ne sont accessibles que via des logiciels de cryptage, qui offrent un degré élevé d'anonymat. À l'instar des marchés en ligne tels qu'eBay, les crypto-

marchés offrent aux vendeurs et aux acheteurs une infrastructure pour la réalisation de transactions et la prestation de services, tels que la notation des vendeurs et des acheteurs et l'hébergement de forums de discussion. Les crypto-monnaies, dont le bitcoin, sont utilisées pour faciliter les transactions anonymes, et des emballages discrets sont utilisés pour faciliter le transport de drogues en petites quantités par les voies commerciales établies. Parmi les divers produits proposés sur les crypto-marchés, les drogues illicites connues et les médicaments vendus sous prescription seraient les plus couramment disponibles. Il semblerait que de nombreux achats de drogues illicites soient effectués sur le web invisible en vue d'une revente ultérieure.

Une autre évolution a trait à l'offre de drogue et au partage de drogues ou d'expériences sur la drogue via les médias sociaux, dont les applications mobiles. Ce domaine reste peu exploré et difficile à observer. L'expansion des marchés des drogues en ligne et virtuels pose d'importants problèmes aux services répressifs et aux politiques de réglementation des drogues. Le fait que les fabricants, fournisseurs, revendeurs, hébergeurs de sites web et services de traitement des paiements puissent être établis dans des pays différents rend les marchés des drogues en ligne particulièrement difficiles à réglementer.

**Internet est reconnu comme
étant un marché important
pour la vente de nouvelles
substances psychoactives
aux Européens**

Les réponses à l'offre de drogue: des principes communs mais des pratiques différentes

Les États membres de l'UE prennent des mesures de lutte contre l'offre de drogues illicites en vertu de trois conventions des Nations unies, qui établissent un cadre international pour la réglementation de la production, du commerce et de la détention de plus de 240 substances psychoactives. Chaque pays est tenu de considérer l'offre de drogue non autorisée comme une infraction pénale. Le même traitement est requis pour la détention de drogue pour usage personnel, sous réserve des «principes constitutionnels et des concepts fondamentaux du système juridique» du pays. Cette clause n'a pas été interprétée de façon uniforme, comme en témoignent les différentes approches juridiques dans les pays européens et ailleurs.

L'application des législations visant à juguler l'offre et la consommation de drogues est surveillée par le biais de données relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants. Globalement, le nombre de délits signalés en rapport avec l'offre de drogues en Europe est en hausse depuis 2006. Une estimation fait état de 230 000 infractions de ce type signalées en 2013, dont la plupart (57 %) concerne le cannabis. Cette même année, sur les 1,1 million de délits estimés pour la consommation ou la détention de drogues, trois quarts (76 %) étaient liés au cannabis.

Forte diversité des pratiques en matière de sanction en Europe

L'offre non autorisée de drogues est considérée comme un délit dans tous les pays européens, mais les sanctions prévues par la loi varient selon les États. Dans certains pays, ce type de délit est passible de sanctions très diverses (allant jusqu'à l'emprisonnement à perpétuité). D'autres pays distinguent les infractions mineures des infractions majeures, sur la base de facteurs comme la quantité ou le type de drogues découvert et appliquent des peines minimales et maximales correspondantes. Une récente analyse de l'EMCDDA n'a pas établi de lien manifeste entre les sanctions maximales prévues par la loi et les peines prononcées par les tribunaux. Elle a également révélé que les sanctions prévues pour les délits de trafic de drogues variaient entre les pays. Par exemple, un délinquant primaire jugé coupable du trafic d'un kilogramme de cannabis peut s'attendre à une peine d'emprisonnement comprise entre moins d'un an dans certains pays et dix ans dans d'autres. De même, selon le pays, le trafic d'un kilogramme d'héroïne peut donner lieu à une peine comprise entre deux et quinze ans.

Globalement, le nombre de délits signalés en rapport avec l'offre de drogues en Europe est en hausse depuis 2006



Saisies et réglementation des précurseurs chimiques

Les précurseurs de drogues sont des substances chimiques utilisées dans la fabrication de drogues illicites et la prévention de leur détournement des usages légitimes est un élément important de la lutte internationale contre la production de drogues illicites. La plupart ont des usages industriels légitimes, dont la production de matières plastiques, de médicaments et de cosmétiques. Par exemple, l'éphédrine - un ingrédient des médicaments contre le rhume et des décongestionnants - peut être utilisée pour produire de la méthamphétamine. En raison de leurs usages légitimes, la production et le commerce de précurseurs chimiques ne peuvent être interdits. Par conséquent, les précurseurs de drogues sont réglementés par la surveillance de leurs modes de production et de commercialisation licites.

Les données des États membres de l'UE sur les saisies et les expéditions interceptées de précurseurs de drogues confirment l'usage ininterrompu de substances tant classifiées que non classifiées pour la production de drogues illicites dans l'Union européenne (tableau 1.2). En 2013, plus de 48 000 kilogrammes du pré-précurseur alpha-phénylacétoacétonitrile (APAAN) ont été saisis en

vertu de la législation nationale, un volume suffisant pour produire plus de 22 tonnes d'amphétamine ou de méthamphétamine. Pour renforcer les pouvoirs des services répressifs à agir sur cette substance, l'APAAN a été classée parmi les précurseurs chimiques en vertu de la législation européenne en décembre 2013 et a été classée au niveau international en octobre 2014. D'importantes saisies de précurseurs de la MDMA confirment la reprise d'une production d'ecstasy à grande échelle dans l'Union européenne. En 2013, 5 061 kilogrammes de PMK (3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone) et 13 836 litres de safrole ont été saisis; ces quantités, combinées, permettraient de produire quelque 170 millions de comprimés d'ecstasy.

Une nouvelle législation européenne a été introduite en 2013 pour renforcer la réglementation du commerce de certains précurseurs de drogues, tant dans l'Union européenne qu'entre les États membres et les pays tiers. Les mesures introduites comprennent une réglementation plus stricte de l'anhydride acétique, une substance nécessaire à la production d'héroïne, ainsi que de l'éphédrine et de la pseudo-éphédrine, des précurseurs de la méthamphétamine. La nouvelle législation a également mis en place un mécanisme de réaction rapide au détournement des substances non classifiées.

TABLEAU 1.2

Synthèse des saisies et expéditions interceptées de précurseurs utilisés dans la fabrication de certaines drogues de synthèse en Europe, 2013

Précurseur/pré-précurseur	Saisies		Expéditions interceptées ⁽¹⁾		TOTAUX	
	Cas	Quantités	Cas	Quantités	Cas	Quantités
MDMA ou substances apparentées						
PMK (en litres)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrole (en litres)	4	13 837	1	574	5	14 411
Isosafrole (en litres)	1	10	0	0	1	10
Pipéronal (en kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK de glycidyle/glycidate (en kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
Amphétamine et méthamphétamine						
BMK (en litres)	5	32	0	0	5	32
APA, acide phénylacétique (en kg)	1	97	6	225	7	322
Éphédrine, en vrac (en kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudo-éphédrine, en vrac (en kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (en kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2015

Heroin trafficking routes, Perspectives on Drugs.

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

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Risk assessments.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl) ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

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

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

2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

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

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

Réagir aux nouvelles substances psychoactives, Objectif drogues.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

Publications de l'EMCDDA et d'Europol

2014

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

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

**La prévalence de la consommation
de cannabis est environ cinq fois
supérieure à celle des autres substances**

La consommation de drogue et les problèmes associés

Pour une analyse complète des tendances et habitudes de consommation de drogues et des risques associés, il est utile de différencier trois grands groupes de substances: le cannabis et ses produits dérivés, divers stimulants et les opiacés. La prévalence de la consommation de cannabis est environ cinq fois supérieure à celle des autres substances, et le nombre d'usagers admis en traitement pour des problèmes liés au cannabis a augmenté ces dernières années. Bien que l'usage d'héroïne et d'autres opiacés demeure relativement rare, ces drogues restent associées aux taux de morbidité et de mortalité et aux coûts de traitement liés aux drogues les plus élevés en Europe.

Surveillance de la consommation de drogue et des problèmes associés

Les cinq indicateurs épidémiologiques clés de l'EMCDDA permettent une approche commune en matière de surveillance de la consommation de drogue en Europe. Ils intègrent des ensembles de données relatives aux estimations concernant la consommation récréative (essentiellement fondées sur des enquêtes), à l'usage problématique, aux décès liés à la drogue, aux maladies infectieuses et aux admissions en traitement. Leur recoupement constitue une ressource fondamentale pour l'analyse des tendances et des évolutions de la consommation de drogue et des risques associés en Europe. Des informations techniques sur ces indicateurs peuvent être consultées en ligne dans la rubrique «Key indicators» et dans le Bulletin statistique en ligne. Dans ce chapitre, les données issues des indicateurs clés sont complétées par des données supplémentaires fournies par les points focaux Reitox et d'autres sources.

Les modes d'usage des drogues varient également, allant de l'expérimentation ponctuelle à la consommation régulière et à la dépendance. Toutes drogues confondues, la consommation est généralement plus répandue chez les hommes, et cet écart s'accroît d'autant plus lorsque l'usage est intensif et régulier. Les modalités de consommation sont également associées à différents niveaux et types de risques, et l'usage fréquent, la prise de doses élevées, la consommation concomitante de plusieurs substances et l'administration par voie intraveineuse sont tous des facteurs de risques aggravants pour la santé.

Près d'un Européen sur quatre a déjà consommé des drogues illicites

Plus de 80 millions d'adultes, ou près d'un quart de la population adulte de l'Union européenne, auraient consommé des drogues illicites au moins une fois dans leur vie. La drogue la plus répandue est le cannabis (75,1 millions); des estimations plus faibles sont rapportées pour l'usage au cours de la vie de la cocaïne (14,9 millions), des amphétamines (11,7 millions) et de la MDMA (11,5 millions). Les niveaux d'usage au cours de la vie diffèrent considérablement selon les pays, d'environ un tiers des adultes au Danemark, en France et au Royaume-Uni à 8 % ou moins d'un dixième en Bulgarie, en Roumanie et en Turquie.

Consommation de cannabis: en hausse dans les pays nordiques

Le cannabis est la drogue illicite la plus susceptible d'être consommée par toutes les tranches d'âge. Il est généralement fumé et, en Europe, fréquemment mélangé à du tabac. Les schémas de consommation du cannabis varient de la consommation occasionnelle à la consommation régulière et à la dépendance.

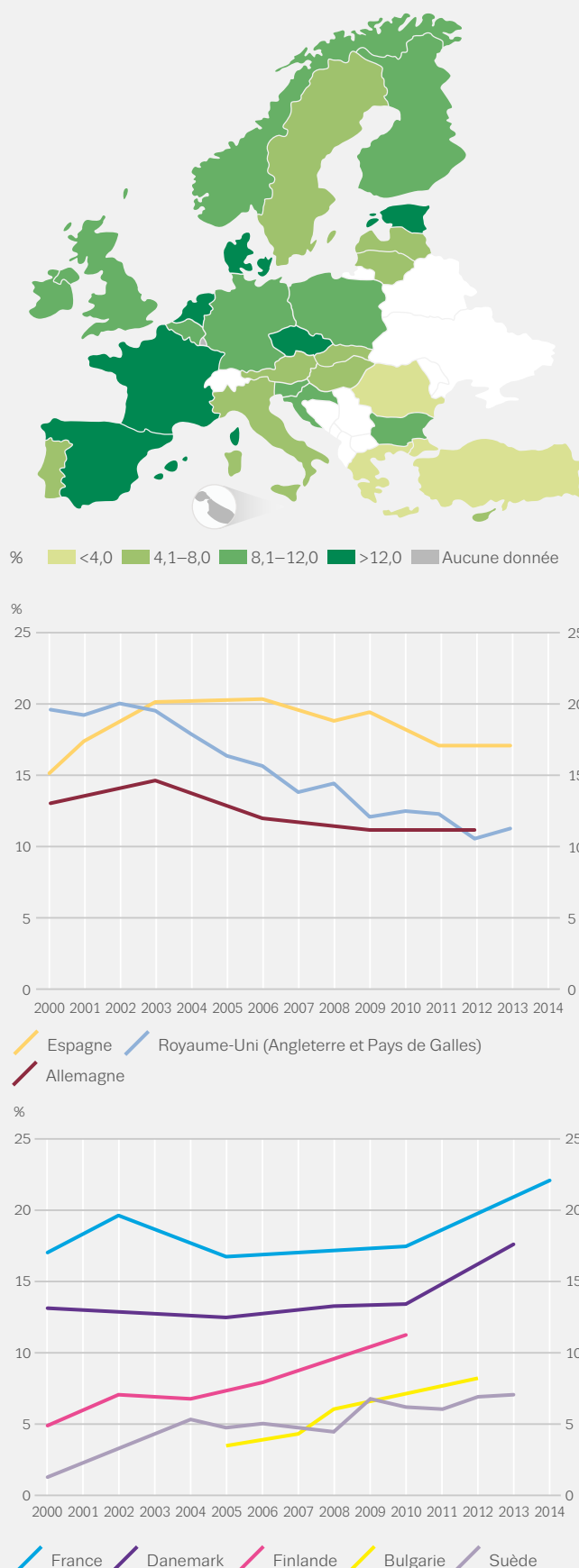
On estime à 14,6 millions le nombre de jeunes Européens de 15 à 34 ans (11,7 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, dont 8,8 millions de jeunes entre 15 et 24 ans (15,2 %).

Plusieurs pays disposent de données d'enquête suffisantes pour pouvoir produire une analyse statistique des évolutions à long terme en matière de consommation de cannabis chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans). Les enquêtes démographiques pour l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni, qui totalisent près de la moitié de la population européenne, font état d'une prévalence stable ou en baisse de la consommation de cannabis au cours de la dernière décennie. Par contre, une prévalence accrue a été observée en Bulgarie, en France et dans trois pays scandinaves (Danemark, Finlande et Suède). En outre, la Norvège a enregistré un nouveau pic de 12 % dans son enquête la plus récente, bien que les séries chronologiques actuelles soient insuffisantes aux fins d'une analyse statistique des tendances.

Dans l'ensemble, les résultats de la dernière enquête continuent d'indiquer des modes divergents de consommation du cannabis au cours de l'année écoulée (figure 2.1). Parmi les pays réalisant des enquêtes depuis 2012, quatre ont signalé des estimations plus faibles par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, deux, des estimations stables et huit, des estimations plus

FIGURE 2.1

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



élevées. Quelques enquêtes nationales rendent actuellement compte de l'usage de cannabinoïdes synthétiques; les résultats indiquent des niveaux de prévalence généralement faibles pour l'année écoulée.

Consommation de cannabis parmi les adolescents scolarisés

L'observation de la consommation chez les adolescents scolarisés offre un bon aperçu des actuels comportements à risque de certains jeunes. En Europe, le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) permet de suivre au fil du temps les tendances de la consommation de drogue chez les élèves de 15 et 16 ans. D'après les données les plus récentes (2011), le cannabis est la drogue illicite la plus consommée au sein de ce groupe: environ 24 % des jeunes ont déclaré en avoir pris au cours de leur vie (de 5 % en Norvège à 42 % en République tchèque). La prévalence de l'usage de drogues illicites autres que le cannabis est beaucoup plus faible.

Dans les sept pays ayant signalé la réalisation d'enquêtes nationales en milieu scolaire après l'enquête ESPAD (2011), les tendances de la prévalence de la consommation de cannabis parmi les adolescents scolarisés varient considérablement.

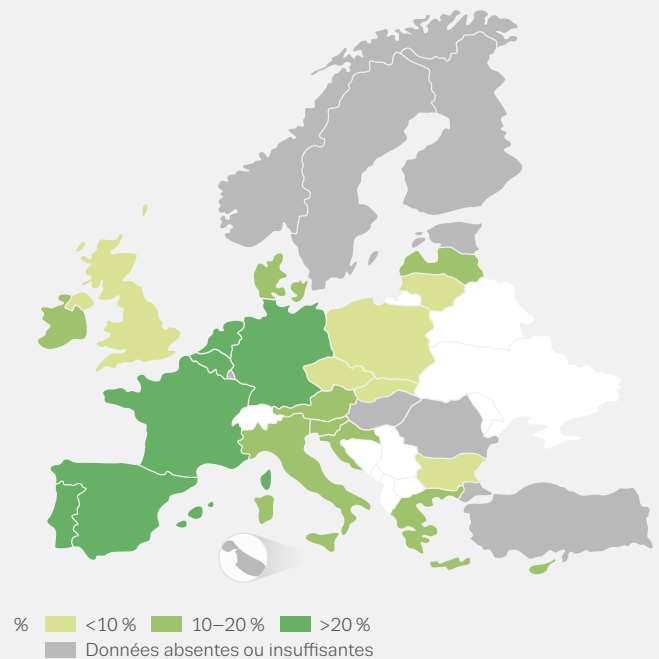
Usages préoccupants de cannabis

Une minorité de consommateurs de cannabis font un usage intensif de cette drogue. La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis se définit comme une consommation pendant au moins 20 jours au cours du mois précédant l'enquête. Les enquêtes en population générale, estiment à un peu moins de 1 % le nombre d'Européens adultes consommant du cannabis quotidiennement ou presque. Plus des trois quarts des consommateurs quotidiens ou quasi-quotidiens ont entre 15 et 34 ans et plus des trois quarts dans cette tranche d'âge sont de sexe masculin.

Si l'usage quotidien de cannabis est rare en population générale, parmi les 3 % d'adultes (15-64 ans) ayant consommé du cannabis au cours du mois précédent, près d'un quart ont consommé cette substance quotidiennement ou quasi quotidiennement. Cette proportion varie fortement d'un pays à l'autre (voir figure 2.2). Dans les pays produisant suffisamment d'enquêtes pour établir des tendances, la proportion des usagers adultes quotidiens ou quasi quotidiens est restée stable au cours de la dernière décennie.

FIGURE 2.2

Pourcentage des usagers de cannabis (15-64 ans) ayant consommé cette substance quotidiennement ou quasi quotidiennement au cours du dernier mois



En Europe, le cannabis est la drogue la plus souvent citée par les nouveaux patients comme principale raison d'entamer un traitement, bien que la définition de ce que constitue un traitement pour les usagers de cannabis varie considérablement. Le nombre total de patients entamant un premier traitement est passé de 45 000 en 2006 à 61 000 en 2013. Compte tenu des admissions multiples pour certains patients, le cannabis était la deuxième substance la plus souvent citée par l'ensemble des patients entamant un traitement en 2013 (123 000 cas, 29 %). Des variations notables sont toutefois observées entre les pays: 2 % des patients admis en traitement ont cité leur consommation de cannabis comme celle leur posant le plus de problèmes en Lituanie, contre plus de 60 % au Danemark et en Hongrie. Cette hétérogénéité pourrait s'expliquer par différents facteurs. Par exemple, un quart des patients admis en traitement en Europe essentiellement pour des problèmes liés au cannabis sont

En Europe, le cannabis est la drogue la plus souvent citée par les nouveaux patients comme principale raison d'entamer un traitement

orientés vers ces services par le système de justice pénale (23 000); la proportion de patients concernés varie de 5 % en Bulgarie, en Estonie, en Lettonie et aux Pays-Bas à plus de 80 % en Hongrie.

Urgences hospitalières associées au cannabis

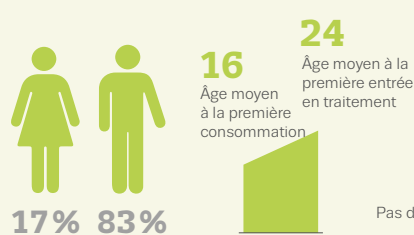
Quoique rares, des situations d'extrême urgence peuvent se produire après avoir consommé du cannabis, en particulier à fortes doses. Dans les pays affichant des taux de prévalence plus élevés, le cannabis représente une part importante des situations d'urgence imputables aux drogues. Une récente étude a révélé une hausse du nombre d'urgences liées au cannabis entre 2008 et 2012 dans 11 des 13 pays européens analysés. En Espagne, par exemple, le nombre d'urgences liées au cannabis a augmenté de 1 589 (25 % de toutes les situations d'urgence liées aux drogues) en 2008 à 1 980 (33 %) en 2011.

Le réseau européen des situations d'urgence imputables aux drogues (Euro-DEN), qui surveille les admissions aux urgences pour des problèmes liés aux drogues sur 16 sites dans dix pays européens, a signalé qu'entre 10 % et 48 % (16 % en moyenne) de toutes les admissions liées aux

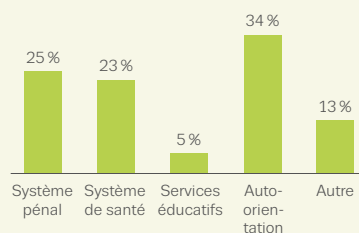
drogues étaient dues au cannabis, bien que d'autres substances aient été impliquées dans 90 % des cas. Le plus souvent, le cannabis était consommé en combinaison avec de l'alcool, des benzodiazépines et des stimulants. Les problèmes les plus fréquemment cités étaient des troubles neurocomportementaux (agitation, agression, psychose et anxiété) et des vomissements. Dans la plupart des cas, les patients avaient été renvoyés sans avoir été hospitalisés.

CONSUMMATEURS DE CANNABIS ADMIS EN TRAITEMENT

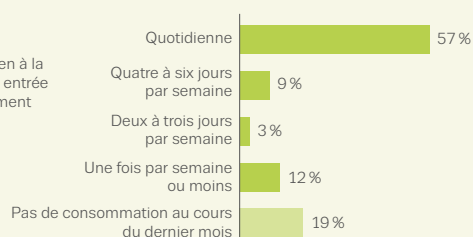
Caractéristiques



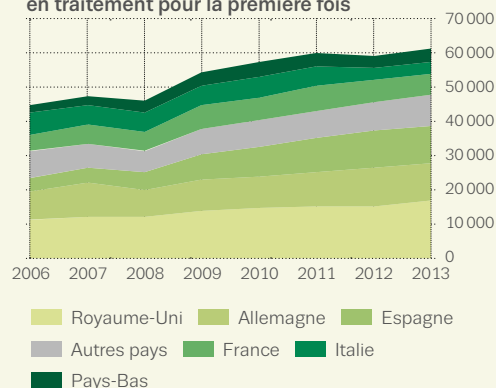
Source d'orientation



Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant le cannabis comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les consommateurs admis 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. Source d'orientation: le «système pénal» comprend les instances judiciaires, la police et les services de probation; le «système de santé» inclut les médecins généralistes, les centres de traitement des usagers de drogues et les services sociaux, médicaux et de santé; l'«auto-orientation» comprend le patient, sa famille et ses amis.

Cocaïne: le stimulant le plus consommé en Europe

La poudre de cocaïne est essentiellement sniffée, mais peut également être parfois injectée. Quant au crack, il est généralement fumé. Parmi les consommateurs réguliers, une distinction générale peut être établie entre les consommateurs socialement intégrés, qui consomment habituellement cette drogue dans un contexte récréatif, et les consommateurs marginalisés, qui s'injectent de la cocaïne ou fument du crack en combinaison avec des opiacés. La consommation régulière de cocaïne a été associée à la dépendance, à des problèmes cardiovasculaires, neurologiques et mentaux, ainsi qu'à un risque élevé d'accident. L'injection de cocaïne et la consommation de crack sont associées aux risques les plus graves pour la santé, notamment la transmission de maladies infectieuses.

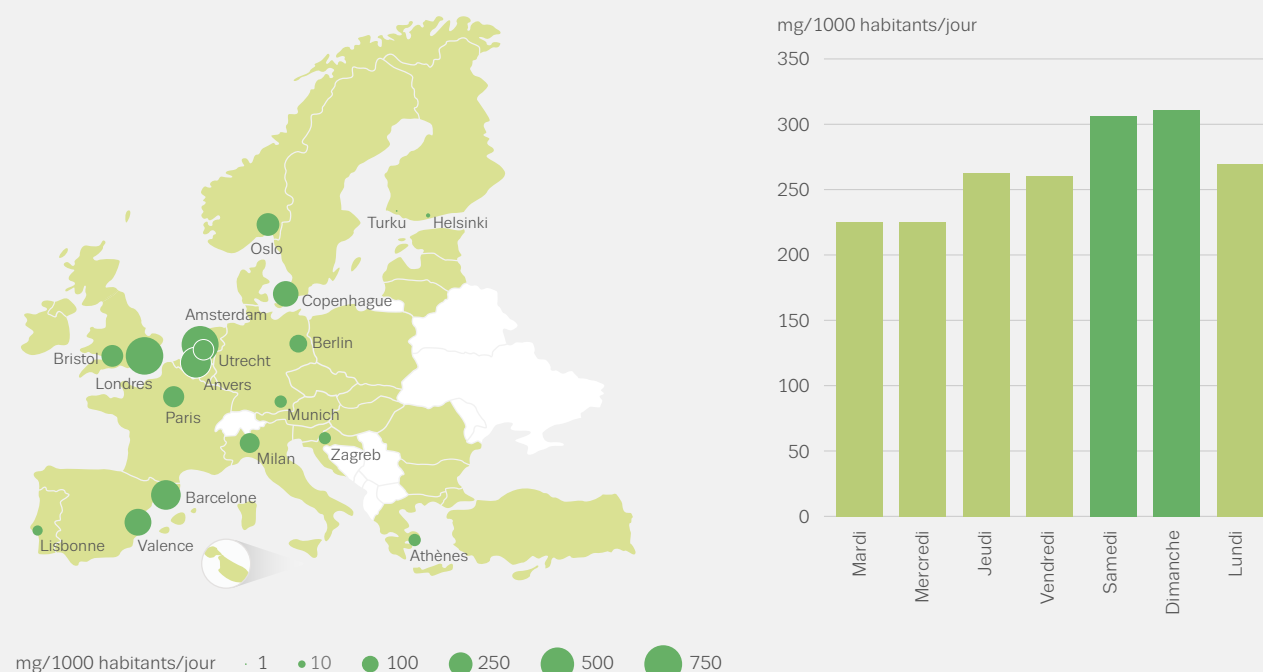
La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment utilisée en Europe, bien que la majorité de ses consommateurs résident dans un nombre restreint de pays. Ce fait est illustré par des données montrant une prévalence accrue de la cocaïne en Europe méridionale et occidentale.

On estime à environ 2,3 millions le nombre de jeunes adultes de 15 à 34 ans (1,9 % de cette tranche d'âge) ayant consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Bon nombre de personnes consommant de la cocaïne le font à titre récréatif, en particulier le week-end ou pendant leurs vacances. Les données issues de l'analyse des eaux usées réalisée dans le cadre d'une étude multi-villes européenne en 2014 confirment l'existence de différences de consommation en fonction des jours. Des concentrations plus élevées de benzoylecgonine - le principal métabolite de la cocaïne - ont été détectées dans les échantillons collectés le week-end (figure 2.3).

Seuls quelques pays font état d'une prévalence de la cocaïne de plus de 3 % chez les jeunes adultes (figure 2.4). Parmi ces pays, l'Espagne et le Royaume-Uni ont observé une prévalence à la hausse statistiquement importante jusqu'en 2008, après quoi ils ont commencé à afficher une tendance stable ou à la baisse. Avec une prévalence inférieure à 3 %, l'Irlande et le Danemark ont constaté une baisse dans leurs données les plus récentes, mais celle-ci n'est pas encore visible, tandis que les enquêtes françaises menées jusqu'en 2014 font état d'une hausse de la consommation.

FIGURE 2.3

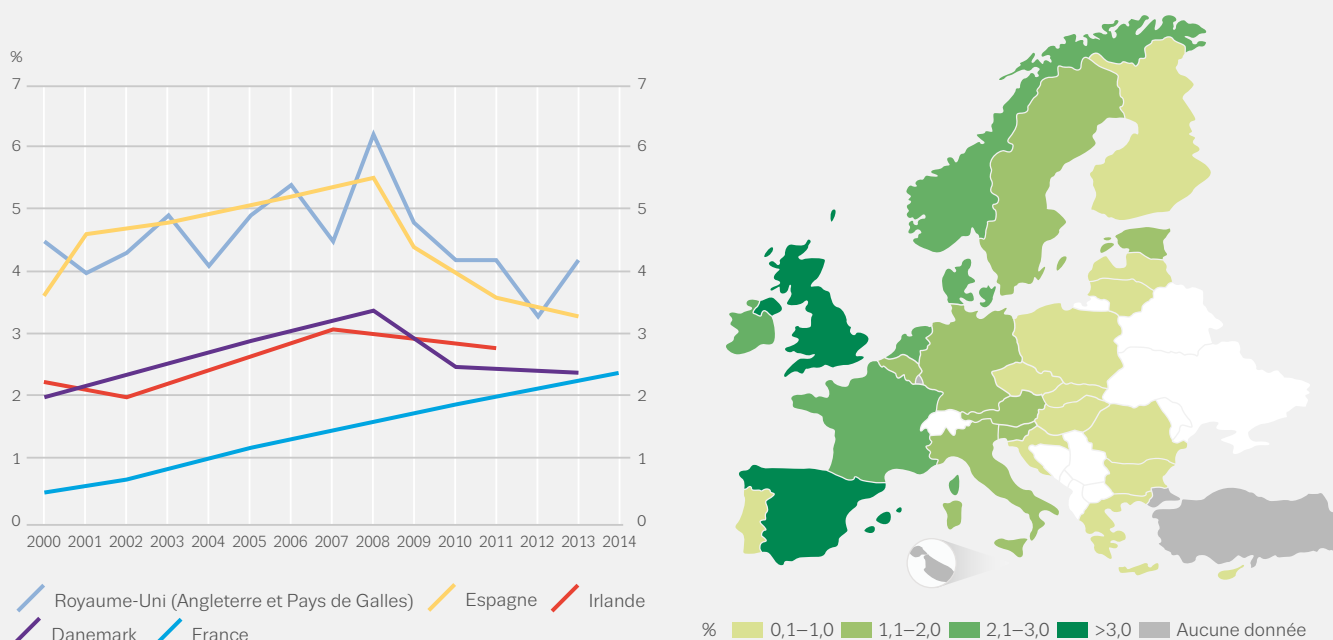
Résidus de cocaïne dans les eaux usées: sélection de villes européennes (à gauche) et moyennes quotidiennes (à droite)



NB: quantités quotidiennes moyennes de cocaïne en milligrammes par 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine en 2014. Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

FIGURE 2.4

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



Les données les plus récentes indiquent un recul de la consommation de cocaïne. Parmi les pays produisant des enquêtes depuis 2012, neuf ont signalé des estimations inférieures à celles de la précédente enquête comparable, et quatre des estimations supérieures.

Demands de traitement en lien avec la cocaïne toujours en recul

La prévalence des formes problématiques de consommation de cocaïne en Europe est difficile à mesurer, car seuls quatre pays disposent d'estimations récentes de la consommation et ces estimations sont difficiles à comparer pour des raisons méthodologiques. En 2012, parmi la population adulte, l'Allemagne évaluait la «dépendance à la cocaïne» à 0,20 %. En 2013, l'Italie estimait à 0,23 % ses «usagers de cocaïne ayant besoin d'un traitement», et l'Espagne estimait sa «consommation de cocaïne à haut risque» à 0,29 %. Pour 2011/2012, le Royaume-Uni a estimé à 0,48 % la consommation de crack parmi la population adulte d'Angleterre; la plupart étaient également des consommateurs d'opiacés.

La cocaïne était citée comme étant la drogue posant le plus de problèmes pour 13 % pour les patients ayant entamé un traitement spécialisé en 2013 (55 000) et pour 16 % de ceux ayant débuté un traitement de ce type pour la première fois (25 000). Il existe des écarts entre les pays et plus de 70 % de tous les patients en traitement pour dépendance à la cocaïne sont comptabilisés par trois pays seulement (Espagne, Italie et Royaume-Uni). D'après les dernières données disponibles, le nombre de patients admis en traitement lié à la cocaïne pour la première fois de leur vie a diminué et s'est stabilisé à environ 24 000, après avoir atteint un pic de 38 000 en 2008. En 2013, en Europe, 6 000 patients admis en traitement ont évoqué leur consommation de crack comme celle leur posant le plus de problèmes; plus de la moitié était comptabilisée au Royaume-Uni (3 500) et le reste pour l'essentiel en Espagne, en France et aux Pays-Bas (2 200).

Il est difficile d'interpréter les données disponibles sur la mortalité associée à la cocaïne, en partie du fait que cette drogue peut jouer un rôle dans certains décès imputés à des troubles cardiovasculaires. Néanmoins, plus de 800 décès associés à la consommation de cocaïne ont été

signalés en 2013 (données provenant de 27 pays). La plupart ont été attribués à une surdose, d'autres substances ayant également été détectées dans de nombreux cas, essentiellement des opiacés. Au niveau européen, il n'est pas possible de commenter les tendances en raison de problèmes de qualité des données. Certains pays disposent toutefois d'informations limitées. Par exemple, entre 2012 et 2013, le nombre de décès impliquant de la cocaïne est passé de 174 à 215 au Royaume-Uni et de 19 à 29 en Turquie.

Plus de 800 décès associés à la consommation de cocaïne ont été signalés en 2013

Amphétamines: stagnation de la consommation dans de nombreux pays

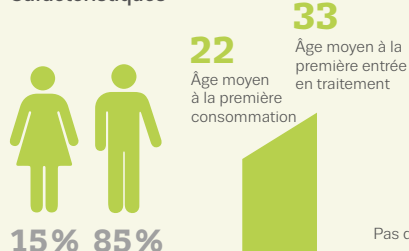
L'amphétamine et la méthamphétamine sont deux stimulants apparentés consommés en Europe, bien que l'amphétamine soit de loin la plus consommée. La consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la République tchèque et, depuis plus récemment, à la Slovaquie, même s'il existe à présent des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

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

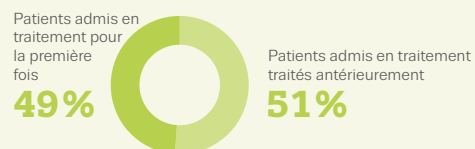
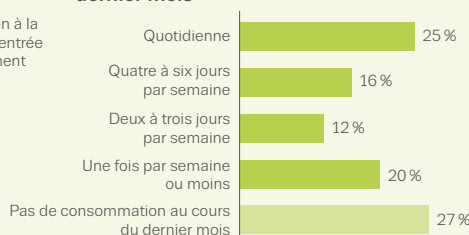
Les effets indésirables pour la santé liés à l'usage d'amphétamines sont notamment des problèmes cardiovasculaires, pulmonaires et neurologiques, ainsi que des troubles mentaux. De plus, comme pour les autres drogues, l'injection est un facteur de risque de transmission de maladies infectieuses. De même qu'avec

CONSOMMATEURS DE COCAÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

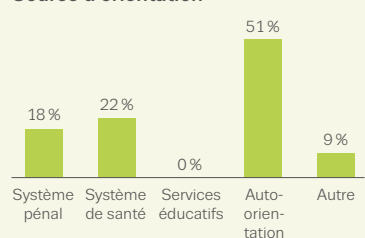
Caractéristiques



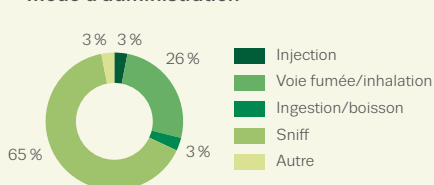
Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



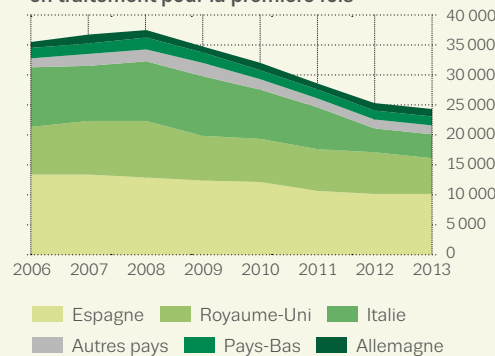
Source d'orientation



Mode d'administration



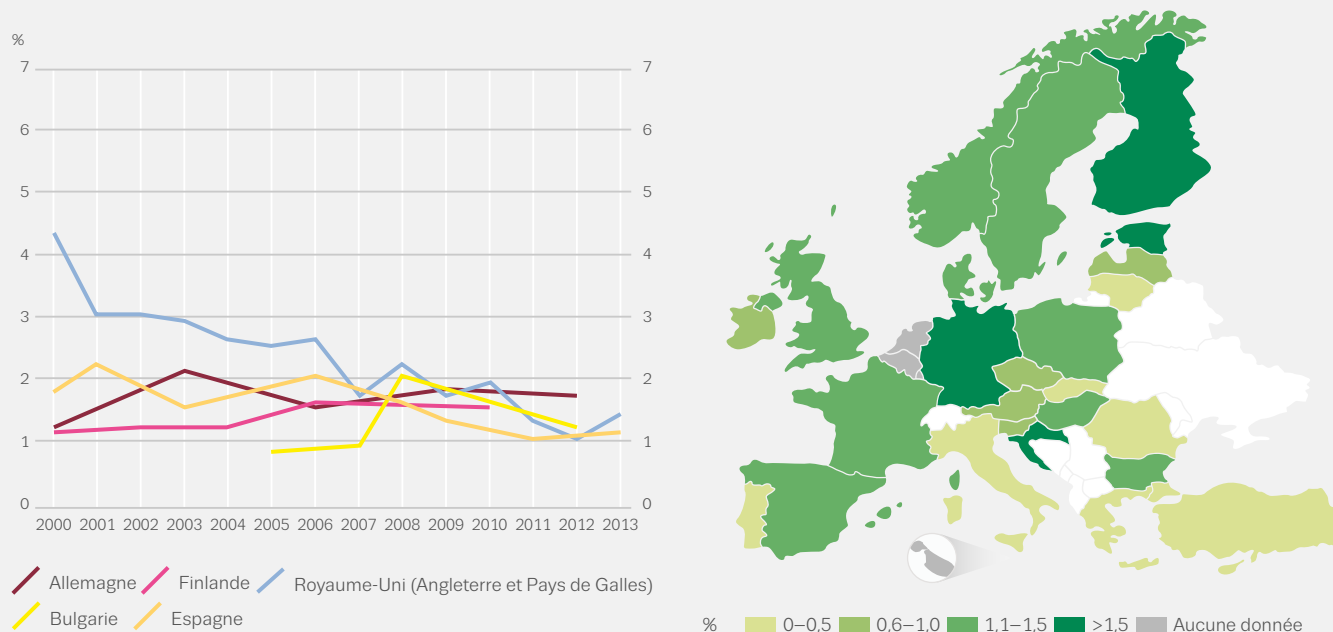
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant la cocaïne/le crack comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les consommateurs admis 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. Source d'orientation: le «système pénal» comprend les instances judiciaires, la police et les services de probation; le «système de santé» inclut les médecins généralistes, les centres de traitement des usagers de drogues et les services sociaux, médicaux et de santé; l'«auto-orientation» comprend le patient, sa famille et ses amis.

FIGURE 2.5

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



les autres stimulants, les décès liés aux amphétamines sont parfois difficiles à identifier, mais quelques cas sont signalés chaque année.

D'après les estimations, 1,3 million (soit 1,0 %) de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois. Les estimations nationales les plus récentes de la prévalence sont comprises entre 0,1 % et 1,8 % (figure 2.5). Les données disponibles révèlent qu'à compter environ de l'année 2000, la plupart des pays européens ont fait état d'une situation relativement stable en ce qui concerne les tendances en matière de consommation. Par contre, l'Espagne et le Royaume-Uni enregistrent une baisse de la prévalence statistiquement importante depuis 2000.

Nouveaux modes de consommation problématique d'amphétamines

Pour ce qui est de la consommation chronique à long terme d'amphétamines par voie intraveineuse, les problèmes sont historiquement observés dans les pays européens du Nord. En revanche, les problèmes liés à la consommation chronique de méthamphétamine ont été davantage observés en République tchèque et en Slovaquie, les estimations d'un usage problématique chez les adultes (de 15 à 64 ans) étant d'environ 0,48 % en République tchèque (2013) et de 0,21 % en Slovaquie (2007). La République tchèque a enregistré une hausse de la consommation problématique ou à haut risque de méthamphétamine, essentiellement par injection, entre 2007 et 2013 (d'environ 20 000 à plus de 34 000 cas). Dernièrement, des signes d'un usage de la méthamphétamine ont également été notés dans d'autres pays et nouvelles populations, dans les pays voisins de la



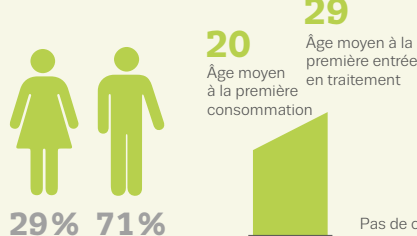
République tchèque (Allemagne, Autriche), dans certaines régions d'Europe méridionale (Grèce, Chypre, Turquie) et dans certains pays d'Europe septentrionale (Lettonie, Norvège). D'autre part, dans certaines villes européennes, une nouvelle tendance à la consommation par injection combinée à la consommation d'autres stimulants continue d'être observée chez de petits groupes d'hommes ayant des relations homosexuelles. Ces injections en groupe en contexte festif dites «*slamming parties*» suscitent des inquiétudes en raison de la prise de risque liée tant à l'usage de drogues qu'aux comportements sexuels adoptés à ces occasions.

Environ 7 % des patients entamant un traitement spécialisé en Europe en 2013 déclarent que les amphétamines (amphétamines et méthamphétamines) sont les substances leur posant le plus de problèmes (soit quelque 29 000 patients, dont 12 000 étaient admis en traitement pour la première fois de leur vie). Ces usagers d'amphétamines représentent une proportion considérable

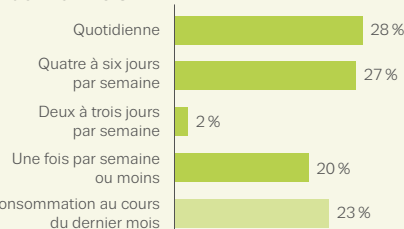
des patients admis en traitement pour la première fois en Allemagne, en Lettonie et en Pologne. Quant à la méthamphétamine, elle est citée comme substance posant le plus de problèmes essentiellement en République tchèque et en Slovaquie, qui représentent ensemble 95 % des 8 000 patients traités pour usage d'amphétamines en Europe. L'accroissement du nombre d'usagers d'amphétamines admis en traitement pour la première fois est dû en premier lieu à la situation en Allemagne, en République tchèque et en Slovaquie.

CONSUMMATEURS D'AMPHÉTAMINES ADMIS EN TRAITEMENT

Caractéristiques



Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



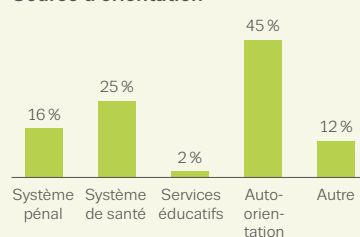
Patients admis en traitement pour la première fois

48 %

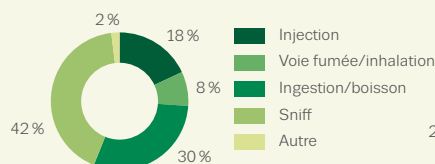
Patients admis en traitement traités antérieurement

52 %

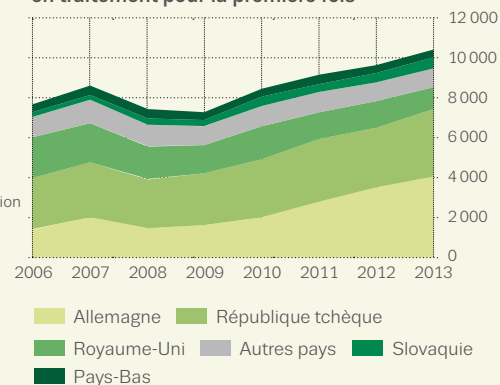
Source d'orientation



Mode d'administration



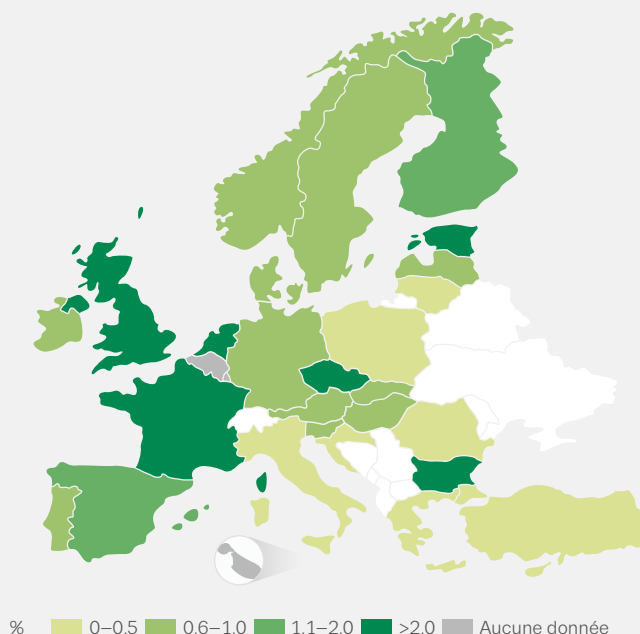
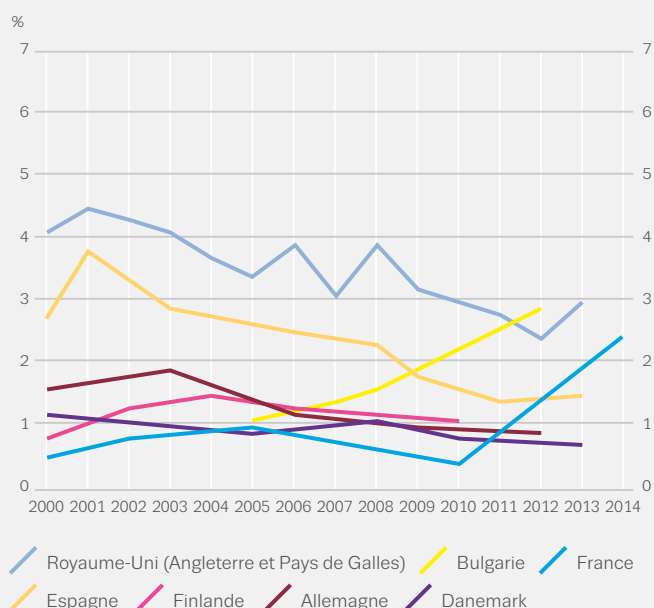
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les consommateurs admis en traitement pour la première fois et citant les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur. Source d'orientation: le «système pénal» comprend les instances judiciaires, la police et les services de probation; le «système de santé» inclut les médecins généralistes, les centres de traitement des usagers de drogues et les services sociaux, médicaux et de santé; l'«auto-orientation» comprend le patient, sa famille et ses amis.

FIGURE 2.6

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



Consommation de MDMA/ecstasy

La MDMA (3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine) est souvent consommée sous forme de comprimés d'ecstasy, mais est également de plus en plus souvent disponible sous forme «cristal» ou en poudre; les comprimés sont généralement ingérés, tandis qu'en poudre, cette drogue est également sniffée (voie nasale). Les problèmes associés à la consommation de cette drogue comprennent l'hyperthermie aiguë, l'accélération du rythme cardiaque et la défaillance multiviscérale, et la consommation chronique engendre des problèmes cardiaques et hépatiques. Les décès liés à la MDMA sont relativement rares et sont parfois causés par d'autres substances vendues comme étant de la MDMA. Il a récemment été fait état de problèmes graves liés à la consommation de comprimés et de poudres de MDMA fortement dosés. En outre, des alertes ont été lancées en 2014 concernant les comprimés d'ecstasy à forte teneur en PMMA - une drogue au profil d'innocuité préoccupant.

La plupart des enquêtes européennes portent historiquement sur des données relatives à la consommation d'ecstasy plutôt que sur l'usage de MDMA. On estime à 1,8 million le nombre de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) ayant consommé de l'ecstasy au cours des 12 derniers mois (1,4 % de cette tranche d'âge), les estimations nationales s'échelonnant de moins de 0,1 % à 3,1 %. Parmi les pays disposant de données suffisantes pour suivre les tendances statistiques, une baisse de la

prévalence est observée depuis 2000 en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni. Le Danemark affiche une tendance similaire, mais à un degré moindre de certitude statistique (figure 2.6). À l'inverse, les estimations indiquent une hausse de la prévalence en Bulgarie. Parmi les pays ayant réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2012, les résultats divergent: six ont signalé des estimations plus faibles par rapport à celles de l'enquête comparable précédente et sept, des estimations plus élevées. Peu de consommateurs entrent en traitement pour des problèmes liés à l'ecstasy: l'ecstasy est responsable de moins de 1 % (environ 600 patients) des cas signalés d'entrées en traitement pour la première fois en 2013.

Consommation d'hallucinogènes, de GHB et de kétamine toujours préoccupante dans certains pays

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

La consommation récréative de kétamine et de GHB (dont son précurseur, la gamma-butyrolactone, GBL) a été observée parmi des sous-groupes d'usagers de drogues en Europe au cours des deux dernières décennies. Les problèmes de santé liés à ces substances, comme par

exemple le lien entre lésions de la vessie et consommation chronique de kétamine, sont mieux identifiés. Les pertes de conscience, le syndrome de sevrage et la dépendance sont des risques associés à l'usage de GHB et des demandes de traitement ont été signalées en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Quand elles existent, les estimations nationales de prévalence de l'usage de GHB et de kétamine au sein des populations adultes et scolaires restent basses. Dans leurs enquêtes les plus récentes, la Norvège indique une prévalence de la consommation de GHB au cours des douze derniers mois de 0,1 % des adultes (de 15 à 64 ans), tandis que le Danemark et l'Espagne signalent une prévalence de la consommation de kétamine au cours des douze derniers mois de 0,3 % des jeunes adultes (de 15 à 34 ans), et qu'au Royaume-Uni, 1,8 % des jeunes de 16 à 24 ans ont déclaré avoir consommé de la kétamine en cours d'année, une tendance qui n'a pas évolué depuis 2008.

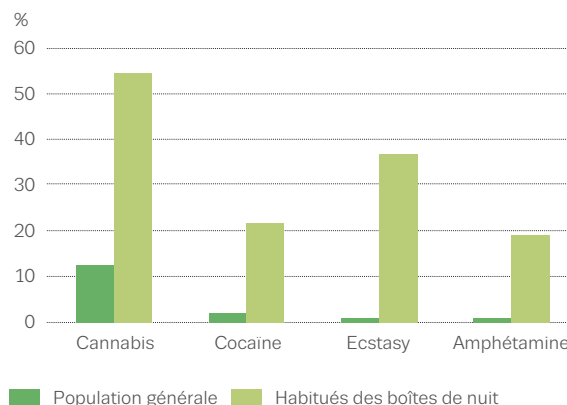
La prévalence globale de la consommation de champignons hallucinogènes et de LSD est généralement faible et stable en Europe depuis plusieurs années. Parmi les jeunes adultes (de 15 à 34 ans), les enquêtes nationales font état d'estimations de la prévalence au cours des douze derniers mois de moins de 1 % pour les deux substances.

Consommation accrue de drogues parmi les habitués des boîtes de nuit

Le lien particulier entre certains contextes sociaux et une consommation accrue de drogues et d'alcool est bien connu. Généralement, les enquêtes menées auprès de jeunes fréquentant régulièrement les lieux de vie nocturne indiquent des niveaux plus élevés de consommation de drogues par rapport à la population en général. C'est ce que montrent les informations issues de l'enquête mondiale sur les drogues réalisée sur internet, dans le cadre de la commande par l'EMCDDA d'une analyse spéciale de la consommation de drogues parmi les jeunes adultes qui se considèrent comme des habitués des boîtes de nuit (c'est-à-dire qui s'y rendent au moins tous les trois mois). L'analyse a été effectuée sur un échantillon de 25 790 jeunes âgés de 15 à 34 ans originaires de dix pays européens. Il est à noter qu'il s'agit d'un échantillon non représentatif de volontaires ayant répondu à une enquête sur les drogues en ligne, et que les résultats doivent par conséquent être interprétés avec prudence. Parmi cet échantillon, et selon la substance, la prévalence au cours des douze derniers mois était de 4 à près de 25 fois supérieure à celle enregistrée pour la même tranche d'âge dans la population générale de l'Union européenne. En regroupant pour chaque drogue les données disponibles

FIGURE 2.7

Prévalence de la consommation de drogues au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans): population générale et habitués des boîtes de nuit (10 pays)



Sources: Enquête mondiale sur les drogues 2014 et enquêtes les plus récentes menées auprès de la population générale pour les pays suivants: Belgique, Allemagne, Irlande, Espagne, France, Hongrie, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Royaume-Uni. Amphétamines: à l'exception de la Belgique et des Pays-Bas. Ecstasy: à l'exception des Pays-Bas.

pour les différents pays et en les comparant à la moyenne pondérée obtenue par les enquêtes en population générale, près de 55 % des habitués des boîtes de nuit ont signalé avoir consommé du cannabis au cours de l'année écoulée (contre une moyenne nationale pondérée en population générale de 12,9 %), les statistiques pour les autres drogues étant élevées : 22 % pour la cocaïne (2,4 % en population générale), 19 % pour les amphétamines (1,2 % en population générale) et 37 % pour l'ecstasy (1,5 % en population générale) (figure 2.7). La prévalence sur les douze derniers mois a également été enregistrée pour d'autres drogues, dont la kétamine (11 %), la méphédronne (3 %), les cannabinoïdes de synthèse (3 %) et le GHB (2 %).

Un nombre limité d'habitués des boîtes de nuit ont déclaré que leur consommation de drogues leur posait problème; le cannabis et l'ecstasy étaient les drogues les plus fréquemment associées à des admissions aux services d'urgence pour des cas d'urgence aiguë.

La consommation d'«euphorisants légaux» parmi les jeunes

La prévalence de l'usage de nouvelles substances psychoactives en Europe est difficile à estimer. Lorsque ces substances sont incluses dans les enquêtes nationales, l'absence de méthodologie commune empêche généralement la comparaison des données entre les pays, et les problèmes de définition compliquent encore davantage la situation, en particulier du fait que le statut juridique des substances peut évoluer rapidement. Néanmoins, l'Eurobaromètre Flash sur les jeunes et la drogue de 2014, une enquête téléphonique menée auprès de 13 128 jeunes

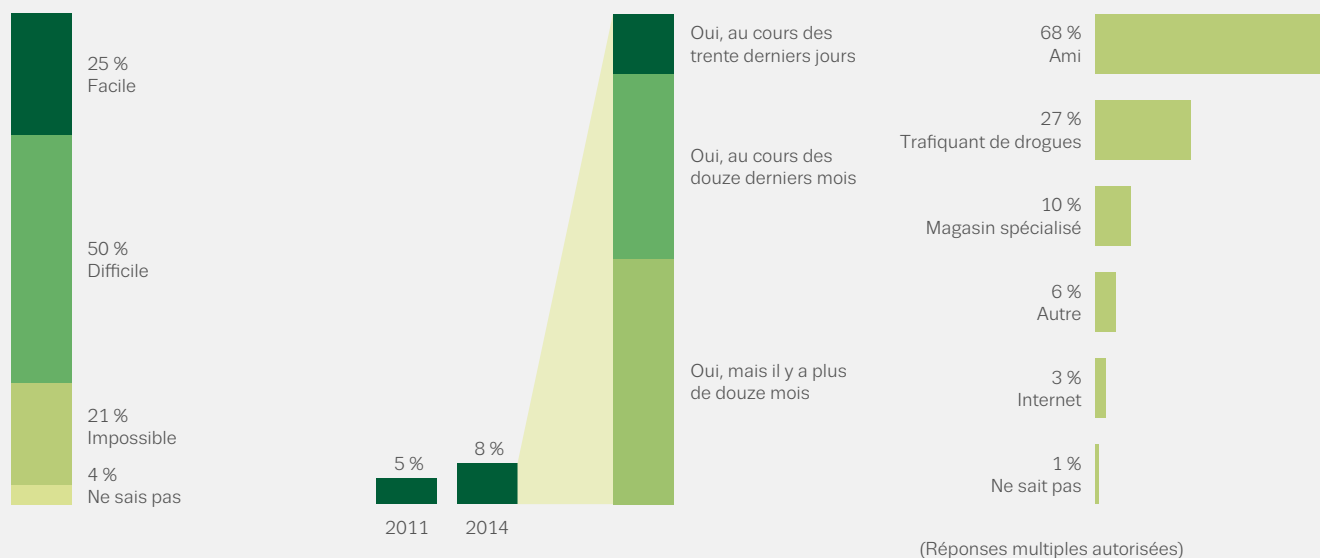
FIGURE 2.8

Disponibilité et consommation des «euphorisants légaux» (legal highs), définis en tant que nouvelles substances reproduisant les effets des drogues illicites

Serait-il facile ou difficile pour vous de vous en procurer dans un délai de 24 heures?

En avez-vous déjà consommées?

S'agissant de votre consommation de ces substances au cours des douze derniers mois, où vous les êtes-vous procurées?



Source: Eurobaromètre Flash 401.

âgés de 15 à 24 ans dans les 28 États membres de l'UE, offre un aperçu de la consommation de ces substances. En réponse à une question sur la disponibilité perçue, plus de deux tiers des répondants ont estimé difficile ou impossible d'obtenir des «euphorisants légaux» (*legal highs*)- définis comme de nouvelles substances reproduisant les effets des drogues illicites. Bien qu'il s'agisse à l'origine d'une enquête sur les comportements, l'Eurobaromètre comprenait une question sur l'usage des «euphorisants légaux». Actuellement, ces données constituent la seule source d'information à l'échelle de l'UE sur ce sujet, bien que pour des raisons méthodologiques, la prudence soit de mise dans l'interprétation des résultats. Globalement, 8 % des répondants ont indiqué avoir déjà consommé des «euphorisants légaux», 3 % déclarant en avoir consommé au cours des douze mois précédents (figure 2.8). Ce chiffre représente une hausse par rapport aux 5 % mentionnés dans une enquête similaire menée en 2011. Les plus hauts niveaux de consommation au cours de l'année écoulée ont été signalés par les jeunes Irlandais (9 %), tandis qu'aucun usage de ces substances n'a été rapporté pour les douze mois précédents par Chypre et Malte. Sur l'ensemble des jeunes ayant indiqué avoir consommé de telles substances au cours des douze mois précédents, 68 % les avaient obtenues d'un ami.

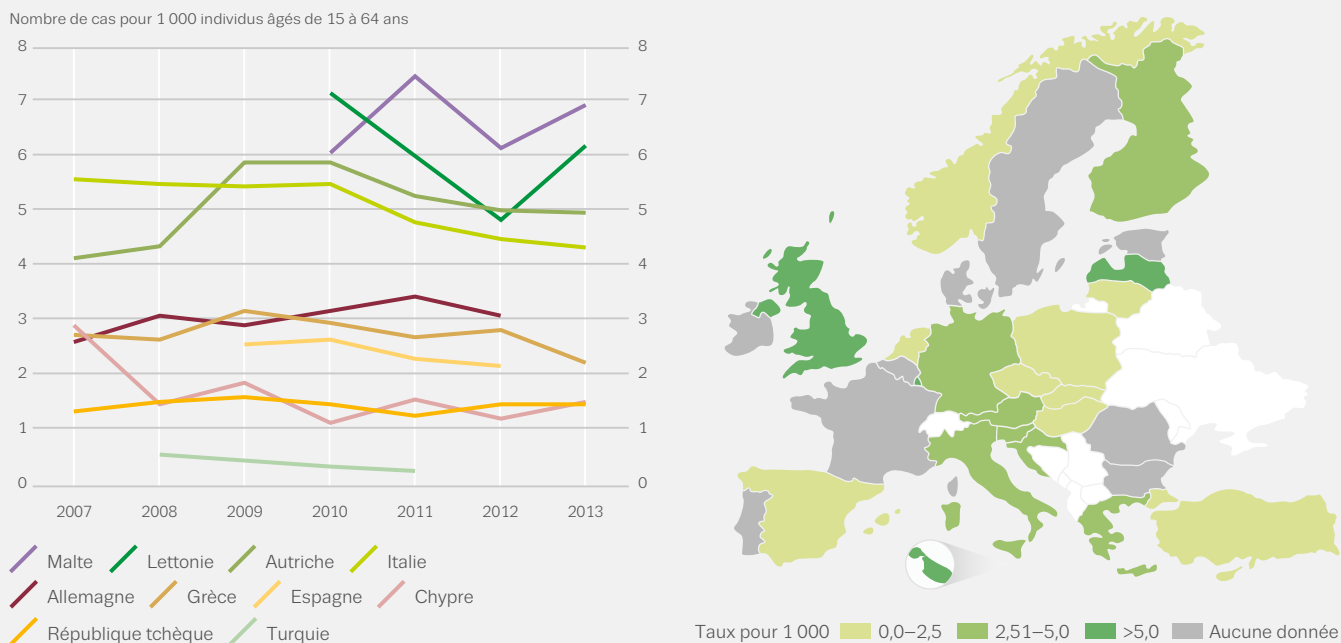
Il est intéressant de comparer les résultats Eurobaromètre avec ceux d'autres enquêtes, tout en tenant compte des différences dans les méthodes et questions utilisées. Neuf

pays européens communiquent des estimations nationales de la consommation de nouvelles substances psychoactives ou «euphorisants légaux» (à l'exception de la kétamine et du GHB) depuis 2011. La prévalence de l'usage de ces substances au cours des douze mois précédents chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 24 ans) varie de 9,7 % en Irlande à 0,2 % au Portugal. Il est à noter que dans ces deux pays, des mesures ont été prises pour restreindre la disponibilité directe des «euphorisants légaux» en fermant les magasins vendant ces produits. Des données d'enquête concernant le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles) sont disponibles pour l'usage de méphédron. Dans la dernière enquête menée (2013/14), la consommation de cette drogue chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans au cours de l'année écoulée a été estimée à 1,9 %; ce chiffre était stable comparé à l'année précédente, mais était en baisse par rapport à l'année 2010/11 (4,4 %), avant l'introduction de mesures répressives.

Bien que le phénomène ne soit pas répandu, des cas d'injection de cathinones de synthèse continuent d'être signalés au sein de certaines populations spécifiques, comme les consommateurs d'opiacés par injection, les patients en traitement dans certains pays et de petits cercles d'hommes ayant des relations homosexuelles. Une hausse des demandes de traitement pour usage problématique de cathinones synthétiques a été observée en Hongrie, en Roumanie et au Royaume-Uni. Au Royaume-Uni (Angleterre), le nombre de patients traités

FIGURE 2.9

Estimations nationales de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés au cours de la dernière année: tendances (à gauche) et données les plus récentes (à droite)



pour la première fois de leur vie signalant l'usage de méphédron est passé de 900 à 1 630 entre 2011/12 et 2012/13, ce chiffre se stabilisant à 1 641 en 2013/14.

Opacés: 1,3 million d'usagers problématiques

La consommation illicite 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. L'héroïne est le principal opiacé consommé en Europe. Elle peut être fumée, sniffée ou injectée. D'autres opiacés de synthèse, comme la buprénorphine, la méthadone et le fentanyl, font également l'objet d'un usage détourné.

La prévalence moyenne annuelle de l'usage problématique d'opiacés chez les adultes (de 15 à 64 ans) est estimée à environ 0,4 % (4 cas pour 1 000 individus), soit l'équivalent de 1,3 million d'usagers problématiques d'opiacés en Europe en 2013. Les estimations de prévalence de l'usage problématique d'opiacés varient selon les pays, de moins d'un cas à environ huit cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. Dix pays disposent d'estimations récurrentes de l'usage problématique d'opiacés pour les années comprises entre 2006 et 2013, indiquant des tendances relativement stables (figure 2.9).

Les patients consommant des opiacés, essentiellement de l'héroïne, en tant que drogue leur posant le plus de problèmes représentent 41 % des usagers de drogues

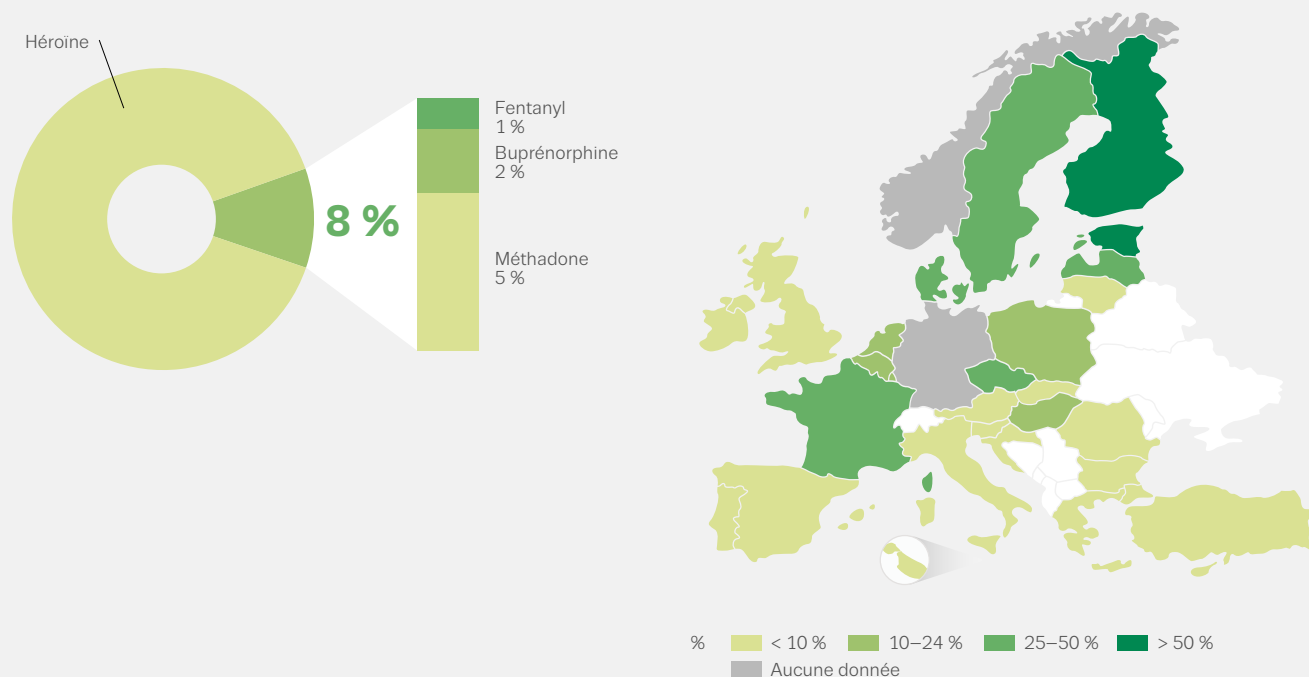
ayant entamé un traitement spécialisé en 2013 en Europe (175 000 patients) et 20 % des usagers admis en traitement pour la première fois de leur vie (31 000 patients). Le nombre de nouveaux patients admis pour consommation problématique d'héroïne a diminué de plus de moitié entre 2007 (année au cours de laquelle a été enregistré un pic de 59 000 patients) et 2013 (23 000 patients). Globalement, il est fort probable que les entrées dans l'usage d'héroïne aient diminué et que ce déclin ait à présent une incidence sur les demandes de traitement.

Opacés autres que l'héroïne: inquiétude croissante

En 2013, dans un peu plus d'un tiers des pays européens (11), plus de 10 % des patients consommateurs d'opiacés admis en traitement spécialisé ont été traités pour des problèmes essentiellement liés à des opiacés autres que l'héroïne (figure 2.10). Il s'agissait notamment de la méthadone, de la buprénorphine et du fentanyl. Globalement, la méthadone détournée est l'opiacé le plus couramment signalé en dehors de l'héroïne, suivi de la buprénorphine; ces drogues représentent respectivement 60 % et 30 % des demandes de traitement de patients dont la prise d'opiacés autres que l'héroïne constitue le principal problème. Dans certains pays, la prise de ces autres opiacés constitue désormais la forme la plus courante d'usage d'opiacés: en Estonie, par exemple, la majorité des patients admis en traitement pour une dépendance aux

FIGURE 2.10

Patients admis en traitement citant les opiacés comme drogue posant le plus de problèmes : par type d'opiacés (à gauche) et en pourcentage du total des patients admis en traitement pour une dépendance à un opiacé autre que l'héroïne (à droite)



opiacés consommaient du fentanyl illicite, tandis qu'en Finlande la plupart des patients consommateurs d'opiacés sont des consommateurs de buprénorphine.

Les usagers problématiques d'opiacés: une population vieillissante

Deux tendances ressortent parmi les usagers d'opiacés admis en traitement: leur nombre diminue et la moyenne d'âge augmente (figure 2.11). Entre 2006 et 2013, l'âge moyen des patients admis en traitement pour consommation problématique d'opiacés a augmenté de cinq ans. Au cours de la même période, l'âge moyen des personnes décédées en raison de leur consommation de drogues (essentiellement des opiacés) est passé de 33 à 37 ans. Un nombre important de consommateurs problématiques d'opiacés en Europe signalant une polyconsommation chronique ont à présent plus de 40 ou 50 ans. En raison d'une santé défaillante, de conditions de vie précaires, de la consommation de tabac et d'alcool et de la détérioration du système immunitaire due à l'âge, ces usagers sont sujets à divers problèmes de santé chroniques, et notamment des troubles cardiovasculaires et pulmonaires résultant de la consommation chronique de tabac et de la consommation de drogues par voie intraveineuse. Les héroïnomanes chroniques signalent également des douleurs persistantes, tandis que les hépatites dont ils peuvent souffrir accroissent le risque de cirrhose et autres problèmes

FIGURE 2.11

Évolution de la structure d'âge des patients admis en traitement par drogue leur posant le plus de problème, 2006 et 2013



FIGURE 2.12

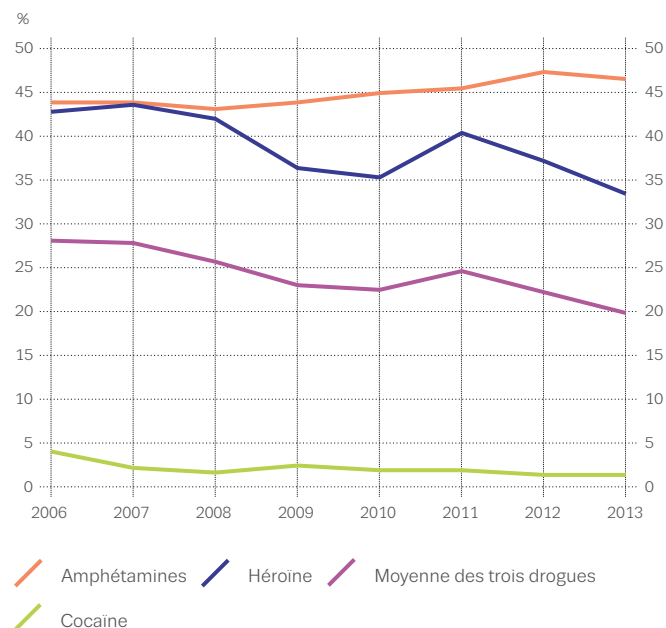
hépatiques. Les effets cumulatifs de la polyconsommation, des surdoses et des infections au fil des années accélèrent le vieillissement physique de ces usagers, ce qui en retour a des répercussions croissantes sur les services de soins et d'aide sociale.

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, en particulier 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. Quatorze pays disposent d'estimations récentes de la prévalence de la consommation de drogue par injection, estimations qui oscillent entre moins d'un cas à plus de neuf cas pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans.

Parmi les patients admis en traitement spécialisé pour la première fois en raison d'un usage problématique d'amphétamines, 46 % ont déclaré utiliser l'injection comme principal mode d'administration (figure 2.12). Cette tendance est globalement stable. Chaque année, plus de 70 % de ces cas sont signalés par la République

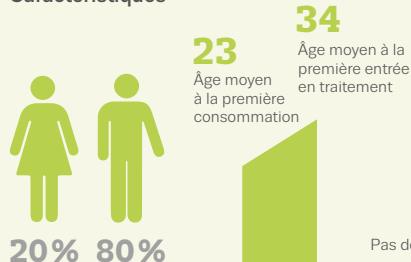
Patients admis en traitement pour la première fois indiquant l'injection comme principale voie d'administration de la drogue leur posant le plus de problèmes



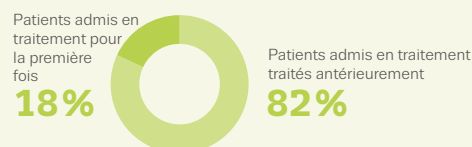
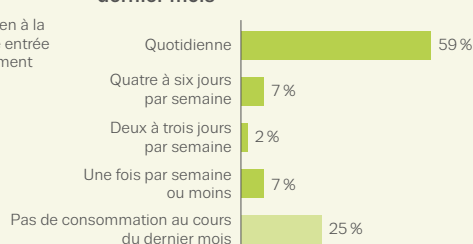
tchèque, qui affiche une tendance à la hausse. Dans les autres pays européens, l'injection comme principale voie d'administration pour les nouveaux patients consommateurs d'amphétamines est en déclin. Parmi les patients admis pour la première fois en traitement pour

CONSOMMATEURS D'HÉROÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

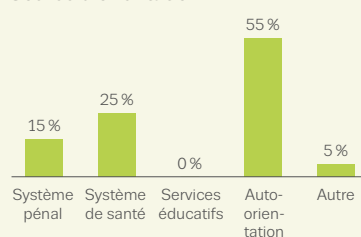
Caractéristiques



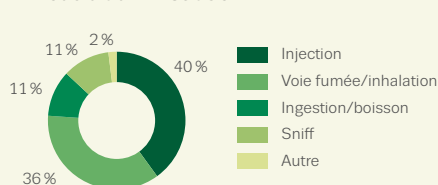
Fréquence de la consommation au cours du dernier mois



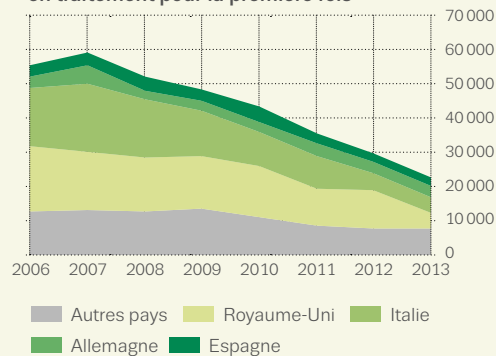
Source d'orientation



Mode d'administration



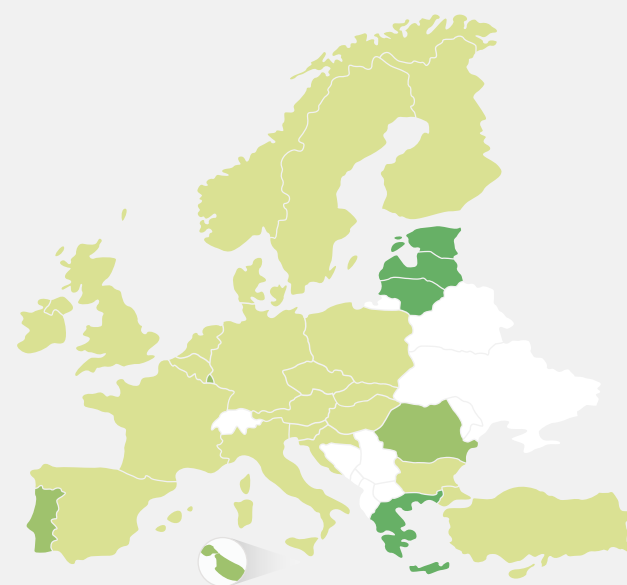
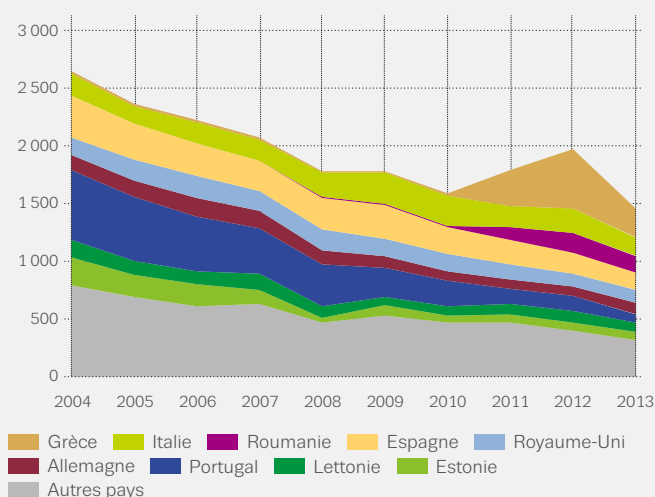
Tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



NB: les caractéristiques concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant l'héroïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances concernent les consommateurs admis 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. Source d'orientation: le «système pénal» comprend les instances judiciaires, la police et les services de probation; le «système de santé» inclut les médecins généralistes, les centres de traitement des usagers de drogues et les services sociaux, médicaux et de santé; l'«auto-orientation» comprend le patient, sa famille et ses amis.

FIGURE 2.13

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



Nombre de cas par million d'habitants : <5,0 (jaune), 5,1–10,0 (vert clair), >10,0 (vert foncé)

NB: Données pour 2013 (source: ECDC).

consommation d'héroïne, 33 % ont déclaré s'injecter leur drogue, contre 43 % en 2006. Les niveaux d'injection parmi les patients consommateurs d'héroïne varient selon les pays, de 8 % aux Pays-Bas à 100 % en Lituanie. Si l'on considère les trois principales drogues injectées combinées, l'injection comme principale voie d'administration chez les patients admis pour la première fois en traitement en Europe a décliné pour passer de 28 % en 2006 à 20 % en 2013.

Recul du nombre de nouveaux cas de VIH parmi les usagers par voie intraveineuse à la suite de l'endiguement de l'épidémie en Grèce

L'injection de drogue continue de jouer un rôle essentiel dans la transmission de maladies infectieuses véhiculées par le sang, telles que le virus de l'hépatite C (VHC) et, dans certains pays, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Parmi tous les cas de VIH notifiés en Europe dont la voie de transmission est inconnue, le pourcentage imputable à l'usage de drogues par injection est resté faible et stable (en-deçà de 8 % au cours de la dernière décennie).

Les chiffres les plus récents montrent que la hausse du nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués en Europe en raison des épidémies apparues en Grèce et en Roumanie a cessé et que le nombre total de cas déclarés

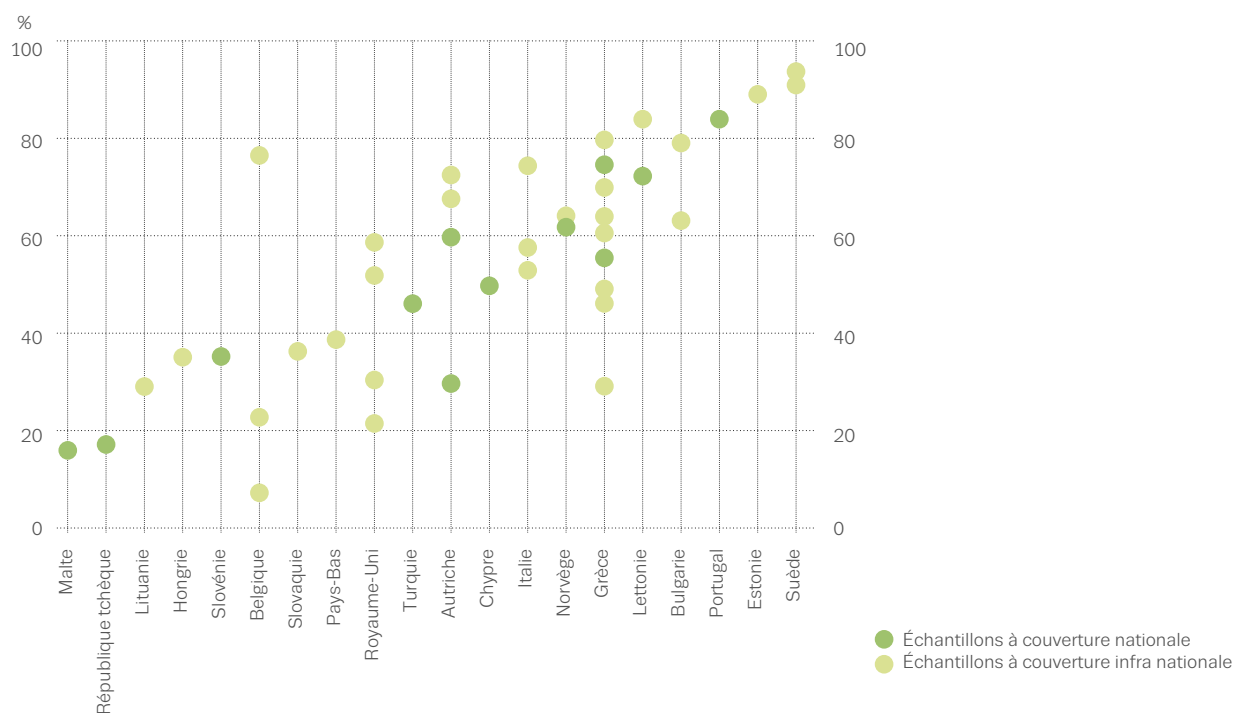
dans l'UE a chuté pour atteindre les niveaux enregistrés avant les épidémies (figure 2.13). Les chiffres provisoires pour 2013 font état de 1 458 nouveaux cas déclarés, contre 1 974 en 2012, soit une inversion de la tendance à la hausse observée depuis 2010. Ce déclin est largement dû aux baisses enregistrées en Grèce, où le nombre de nouveaux cas a plus que diminué de moitié entre 2012 et 2013, et dans une moindre mesure en Roumanie. Bien que les épidémies semblent avoir atteint leur point culminant dans ces deux pays, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2013 demeure au moins dix fois supérieur au niveau enregistré en 2010, avant l'épidémie.

En 2013, le taux moyen de nouveaux cas de VIH diagnostiqués déclarés imputés à l'usage de drogues par injection était de 2,5 par million d'habitants, les trois États baltes indiquant des niveaux 8 à 22 fois plus élevés que la moyenne de l'UE. Dans d'autres pays, comme l'Espagne et le Portugal, qui ont connu des taux élevés d'infection par le passé, le pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués continue à chuter.

Un diagnostic précoce et l'administration rapide d'un traitement adéquat constituent des facteurs importants dans la prévention de l'évolution de l'infection par le VIH vers le SIDA. En 2013, 769 nouveaux cas de SIDA imputables à l'usage de drogues par voie intraveineuse ont été notifiés en Europe. Les nombres relativement élevés de nouveaux diagnostics en Bulgarie, en Lettonie, en Grèce et

FIGURE 2.14

Prévalence d'anticorps VHC chez les usagers de drogue par injection en 2012/2013



en Roumanie laissent à penser que les actions de prévention du SIDA et de traitement du VIH doivent être renforcées dans ces pays.

Parmi les cas de décès d'usagers de drogue, la mortalité liée au VIH est l'une des causes indirectes les mieux documentées. 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, et cette tendance est à la baisse.

Hépatite et autres infections associées à l'usage de drogues

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. Cette situation peut avoir des conséquences graves à long terme, car l'infection par le VHC, souvent aggravée par une forte consommation d'alcool, est susceptible d'engendrer une hausse du nombre de cas de cirrhose, de cancer du foie et de décès parmi les usagers par voie intraveineuse.

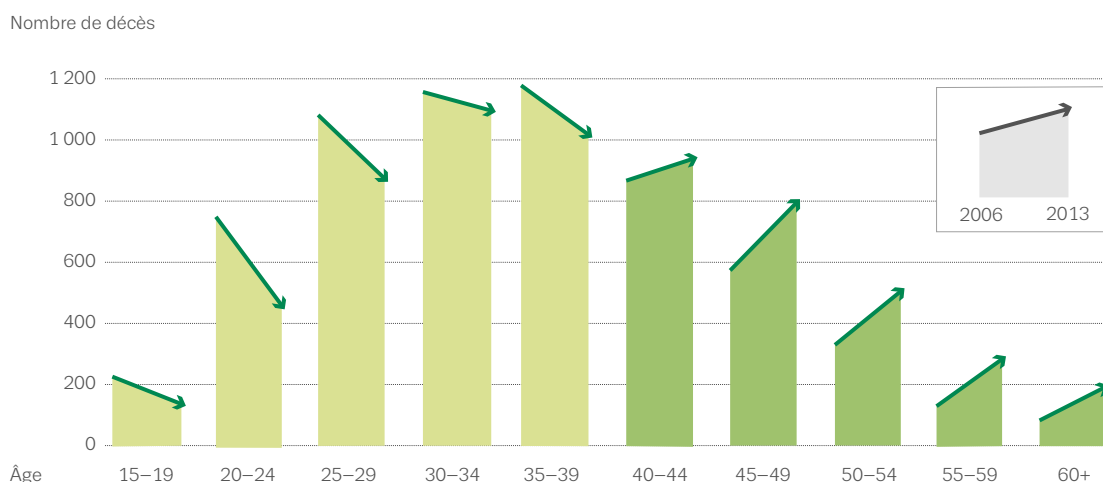
Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux de consommateurs de drogue par injection en 2012-2013 oscillaient entre 14 et 84 %, cinq pays sur les dix ayant des données nationales faisant état d'une prévalence supérieure à 50 % (figure 2.14). Parmi les pays

disposant de données relatives aux tendances nationales pour la période 2006-2013, un recul de la prévalence du VHC chez les usagers par voie intraveineuse a été déclaré en Norvège, tandis que six autres pays ont observé une augmentation.

L'usage de drogue peut constituer un facteur de risque de contracter d'autres maladies infectieuses, dont les hépatites A et B, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le tétanos et le botulisme. Des cas de botulisme par blessure sont signalés de façon sporadique parmi les consommateurs de drogues par injection en Europe. En Norvège, six cas confirmés ont été rapportés entre septembre et novembre 2013. Deux groupes de cas - en Norvège et en Écosse - ont été identifiés en décembre 2014 et ont fait l'objet d'enquêtes jusqu'en 2015.

FIGURE 2.15

Nombre de décès imputables à la drogue par groupe d'âge en 2006 et 2013



Décès imputables aux drogues

La consommation de drogue est l'une des principales causes de mortalité évitable chez les jeunes Européens. Cette cause est à la fois directe, par surdose (décès liés à l'usage de drogues), et indirecte, par les maladies, les accidents, les accès de violence et les suicides liés à la drogue. La plupart des études de cohorte parmi les usagers problématiques de drogue indiquent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an et l'on estime entre 10 000 et 20 000 le nombre de décès de consommateurs d'opiacés chaque année en Europe. Globalement, les consommateurs d'opiacés ont au moins dix fois plus de risques de mourir que les autres personnes du même âge et du même sexe. Une récente étude de l'EMCDDA sur plusieurs sites, qui a rassemblé des données de neuf pays européens, a révélé que la plupart des décès signalés parmi les usagers problématiques de drogues étaient précoces et évitables. L'étude a enregistré 2 886 décès parmi un échantillon de plus de 31 000 participants, avec un taux de mortalité annuel global de 14,2 pour mille. La cause du décès a été identifiée dans 71 % des cas, et la moitié de ces décès ont été imputés à des causes externes, essentiellement une surdose et, dans une moindre mesure, un suicide, tandis que l'autre moitié a été imputée à des causes somatiques telles que le VIH/SIDA et les maladies circulatoires et respiratoires.

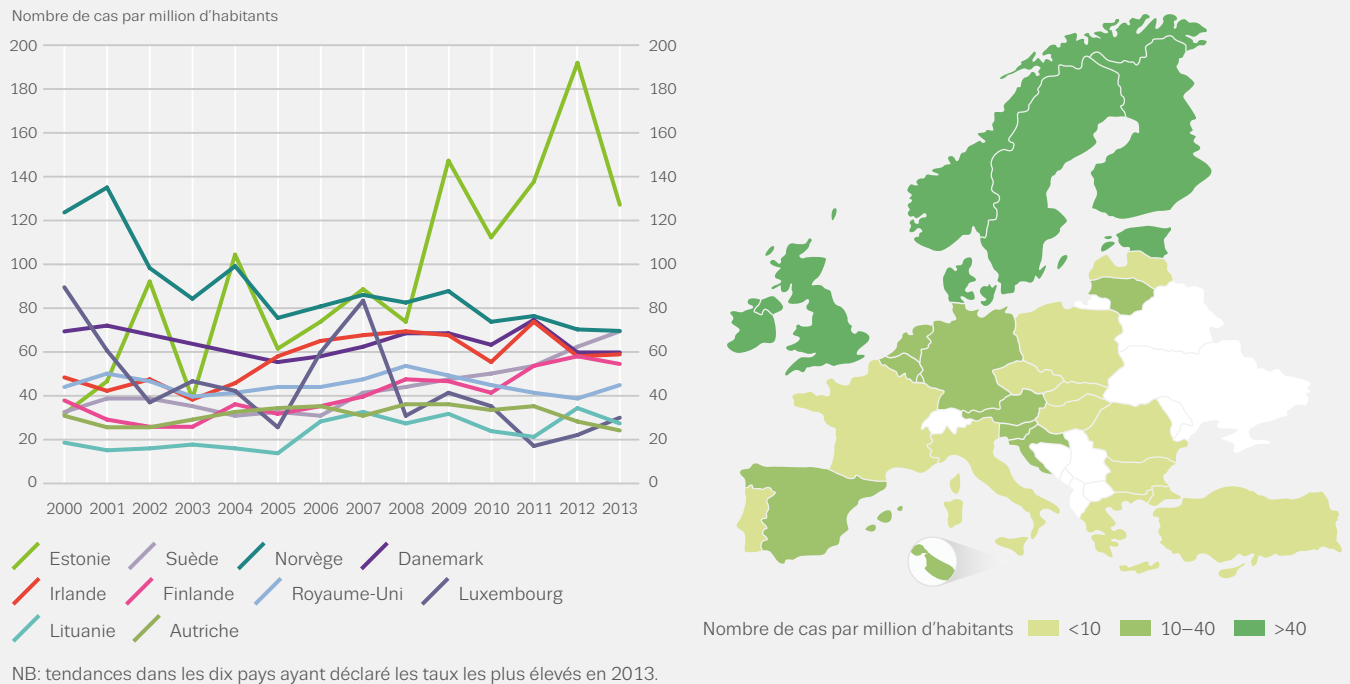
Décès par surdose: récentes hausses dans certains pays

Globalement, les surdoses restent la principale cause de décès des usagers problématiques de drogues, et trois quarts des victimes de surdoses sont des hommes (78 %). Les décès de personnes très jeunes imputables à la drogue sont généralement les plus préoccupants, mais seules 8 % des surdoses mortelles signalées en Europe en 2013 sont survenues chez les moins de 25 ans. Entre 2006 et 2013, le nombre de décès par surdose a diminué chez les jeunes usagers, tandis qu'il a augmenté chez les usagers plus âgés (figure 2.15). Ces tendances reflètent le vieillissement de la population des consommateurs d'opiacés en Europe, pour lesquels le risque de décès par surdose est plus élevé.

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. La prudence est de mise lors de l'interprétation des données relatives aux surdoses, et en particulier du total cumulé pour l'UE, pour diverses raisons, dont la sous-déclaration systématique dans certains pays et les processus d'enregistrement entraînant des retards de communication, tant pour les cas isolés que pour les totaux nationaux. En raison de ces retards, le total pour l'UE pour l'année actuelle est une valeur provisoire sujette à révision dès que des nouvelles données seront disponibles. L'estimation de l'UE pour 2013 s'élève à au moins 6 100 décès, ce qui représente une légère hausse par rapport au chiffre révisé de 2012. Il est particulièrement inquiétant de constater que les données les plus récentes font état de hausses dans certains pays

FIGURE 2.16

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



disposant de systèmes de notification relativement efficaces, dont l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni. La Turquie enregistre également une augmentation des décès par surdose, mais celle-ci peut être en partie due à une amélioration du système de notification.

L'héroïne ou ses métabolites sont impliqués dans la majorité des décès par surdose signalés en Europe, souvent en combinaison avec d'autres substances. Au Royaume-Uni (Angleterre) et en Turquie, la hausse du nombre de décès signalés est liée en grande partie aux décès imputables à l'usage d'héroïne. Outre l'héroïne, d'autres opiacés sont couramment mentionnés dans les rapports toxicologiques. Il peut s'agir de méthadone, de buprénorphine, de fentanyl ou de tramadol, certains pays rapportant que les substances de ce type sont responsables d'une part importante des surdoses mortelles.

En 2013, le taux moyen de mortalité due à des surdoses en Europe est estimé à 16 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux de mortalité varie considérablement selon le pays et dépend de facteurs tels que la prévalence et les modes de consommation, en particulier le recours à l'injection et la consommation d'opiacés, les caractéristiques des populations toxicomanes, la disponibilité et le degré de pureté des drogues, les modalités de signalement et l'offre de services. Des taux supérieurs à 40 décès par million

d'habitants ont été enregistrés dans sept pays, avec en tête l'Estonie (127 décès par million), la Norvège (70 décès par million) et la Suède (70 décès par million) (figure 2.16). En dépit des disparités nationales en matière de pratiques de codage et de notification et d'une éventuelle sous-déclaration, qui compliquent les comparaisons entre pays, l'analyse de l'évolution des tendances individuellement par pays est utile. En Estonie, les décès par surdose ont récemment diminué, même si le taux de mortalité reste huit fois supérieur à la moyenne de l'UE. Dans ce pays, les surdoses fatales sont principalement dues à l'injection de fentanyl, opiacés de synthèse très puissants.

**L'héroïne ou ses métabolites
sont impliqués dans
la majorité des décès
par surdose signalés
en Europe**

Nouvelles drogues: une cause accrue de risques et décès

Globalement, l'impact des nouvelles substances psychoactives sur le recours aux urgences hospitalières et sur certains décès imputables aux drogues en Europe est de plus en plus reconnu. En 2014, le système d'alerte précoce (EWS) de l'UE a lancé 16 alertes en relation avec de nouvelles substances surveillées par le dispositif, bon nombre d'entre elles concernant des effets indésirables graves et en particulier des décès. Une récente analyse du réseau européen des situations d'urgence imputables aux drogues, qui surveille les admissions aux services d'urgence sur divers sites dans dix pays européens, a révélé que 9 % des situations d'urgence liées aux drogues impliquaient de nouvelles substances psychoactives, essentiellement des cathinones. En outre, 12 % des admissions aux urgences étaient dues au GHB / GBL et 2 % à la kétamine.

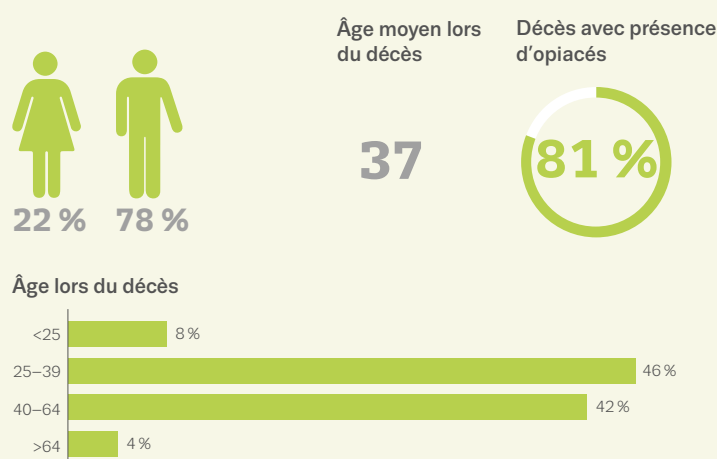
Des effets indésirables aigus associés à l'usage de cannabinoïdes synthétiques indiquent que ces substances peuvent dans certaines circonstances avoir des conséquences graves pour la santé, et pouvant entraîner la mort. Une analyse de 2015 a souligné que les effets

indésirables les plus répandus associés à l'usage de cannabinoïdes synthétiques étaient la tachycardie, l'agitation extrême et des hallucinations.

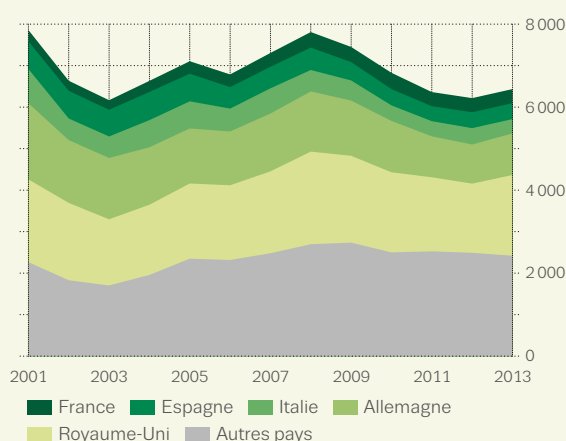
Il est généralement difficile d'évaluer l'importance toxicologique d'une substance dans un décès, en particulier parce que la plupart des décès imputables aux drogues impliquent la consommation de multiples substances. C'est d'autant plus vrai pour les nouvelles drogues, qui peuvent être difficiles à détecter et ne pas être identifiables par les outils de dépistage habituellement utilisés. En dépit de ces contraintes, certaines données sont disponibles. En Hongrie, par exemple, de nouvelles substances psychoactives ont été détectées dans environ la moitié des décès liés aux drogues signalés en 2013 (14 cas sur 31), tous impliquant d'autres substances. Les signalements de décès sont également collectés par le système d'alerte précoce dans le cadre de l'évaluation des risques associés aux nouvelles drogues. Ces données indiquent le rôle que certaines nouvelles substances psychoactives peuvent jouer dans la morbidité et la mortalité imputables aux drogues: par exemple, la cathinone de synthèse MDPV, détectée pour la première fois en 2008, a été jugée responsable de 99 décès à l'époque de l'évaluation des risques menée en 2014.

DÉCÈS LIÉS À LA DROGUE

Caractéristiques



Tendances des décès par surdose



POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA**2015**

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

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

2014

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected issue.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

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

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

Résumé - Rapport 2011 sur l'enquête ESPAD.

Publications de l'EMCDDA et de l'ECDC**2012**

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

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

3

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

Réponses sanitaires et sociales aux problèmes de drogue

Le présent chapitre se penche sur les politiques et interventions destinées à prévenir, traiter et réduire les risques liés à la consommation de drogues. Il examine dans quelle mesure les pays ont adopté des approches communes, quelles sont celles de ces approches qui sont étayées par des données scientifiques, et si l'offre de services correspond aux besoins estimés. Les domaines d'action clés faisant l'objet d'un suivi au niveau européen sont les stratégies et plans d'action nationaux en matière de lutte contre les drogues, les budgets liés aux drogues et les estimations de dépenses publiques liées aux drogues.

Suivi des réponses sanitaires et sociales

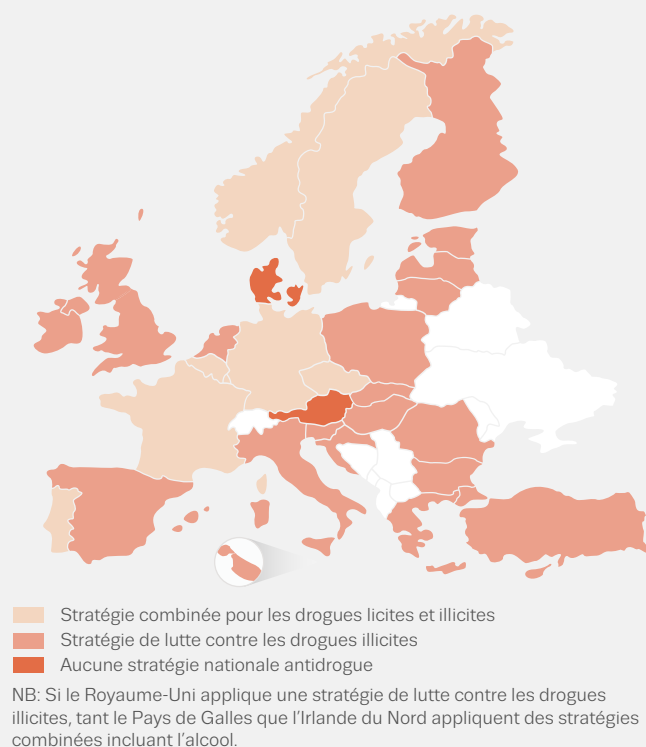
Le présent chapitre se fonde sur les données fournies par les points focaux et le groupe d'experts de l'EMCDDA. Celles-ci sont complétées par des rapports relatifs à la demande de traitement, au traitement de substitution aux opiacés et à la fourniture de seringues. Des évaluations d'experts donnent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

Pour de plus amples informations, voir le site web de l'EMCDDA, en suivant les liens suivants : [Health and social responses profiles](#), [Statistical Bulletin](#), [Best practice portal](#) et [European drug policy and law](#).

Stratégies nationales et urbaines de lutte contre les drogues

La stratégie européenne sur les drogues 2013–20 et les plans d'action qui l'accompagnent offrent un cadre pour des actions coordonnées contre les problèmes liés aux drogues en Europe. Au niveau national, cela se reflète dans les stratégies nationales de lutte antidrogue, les cadres budgétaires et les plans liés aux drogues. Ces documents limités dans le temps comprennent généralement un ensemble de principes généraux, d'objectifs et de priorités et précisent les actions à entreprendre et les responsables

FIGURE 3.1

Stratégies et plans d'action nationaux de lutte antidrogue: disponibilité et portée

chargés de leur mise en œuvre. Tous les pays disposent maintenant d'une politique nationale de lutte contre la drogue, inscrite, sauf pour deux pays, dans un document de stratégie nationale de lutte antidrogue. Les exceptions sont l'Autriche, qui a inclus sa stratégie de lutte antidrogue dans des plans régionaux et le Danemark qui traite le problème des drogues par l'intermédiaire de divers documents et actions stratégiques. Huit pays ont adopté des stratégies et des plans d'action nationaux qui couvrent les drogues licites et illicites (figure 3.1). De nombreux pays ont évalué leurs stratégies et plans d'action. L'objectif de cette évaluation est généralement de contrôler les changements dans la situation générale en matière de drogues, ainsi que le niveau de mise en œuvre atteint.

Les autorités municipales sont bien souvent responsables de la coordination des politiques locales de lutte antidrogue en Europe et bénéficient dans certains cas de budgets spécifiques à cette fin. Dans de nombreux pays, il existe également des documents de planification stratégique à l'appui de la mise en œuvre de ces politiques. Une récente étude de l'EMCDDA fait état de la situation dans dix capitales appliquant une stratégie spécifique de lutte antidrogue et, pour certaines, un plan d'action connexe. Certaines stratégies sont très vastes, tandis que d'autres sont centrées sur un aspect spécifique tel que les décès par surdose, l'usage de GHB ou les problèmes liés aux scènes ouvertes de consommation.

Dans certaines villes ne disposant pas d'une stratégie spécifique à l'égard des drogues, des objectifs de lutte antidrogue ont été intégrés à des stratégies locales plus globales de promotion de la santé ou de réduction de la criminalité. Dans d'autres, les questions liées à la drogue étaient couvertes par des documents nationaux ou régionaux de portée plus générale.

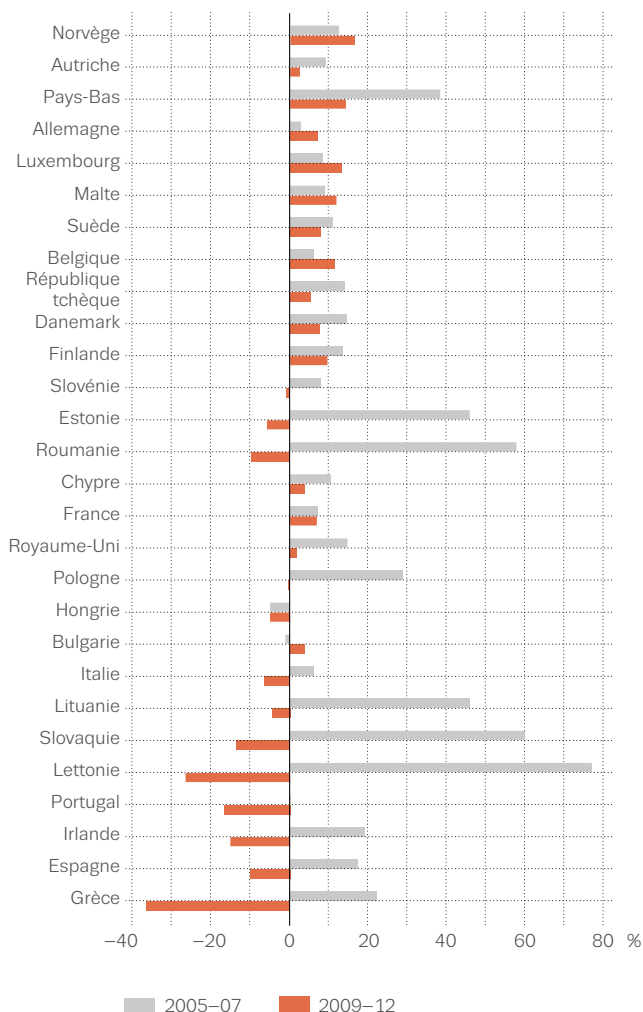
Impact des mesures d'austérité sur le financement des interventions sanitaires

Les informations disponibles concernant les dépenses publiques liées aux drogues en Europe, tant au niveau local que national, demeurent éparpillées et hétérogènes. Pour les 18 pays qui ont produit des estimations ces dix dernières années, les dépenses publiques liées à la drogue sont comprises entre 0,01 % et 0,5 % du produit intérieur brut (PIB), les interventions sanitaires représentant entre 24 % et 73 % des dépenses totales liées aux drogues. En raison des différences en termes de portée et de qualité des estimations, il est difficile de comparer les dépenses publiques liées à la drogue des différents pays.

À la suite de la crise économique de 2008, de nombreux gouvernements européens ont appliqué des mesures d'assainissement budgétaire, souvent qualifiées de mesures d'austérité. L'ampleur de la récession, son impact et le moment auquel ont été adoptées des mesures budgétaires ainsi que leur portée ont considérablement varié selon les pays. Les mesures d'austérité prises par bon nombre d'entre eux ont entraîné une réduction des dépenses publiques dans les catégories d'activités publiques couvrant la majeure partie des initiatives liées aux drogues. L'analyse effectuée par l'EMCDDA laisse à penser que globalement, les coupes importantes ont été davantage enregistrées dans le secteur de la santé que dans les autres domaines comme l'ordre et la sécurité publics ou la protection sociale. Les données pour la période 2009-2012 indiquent un déclin des dépenses publiques en matière de santé dans la plupart des pays par rapport à la période précédant la récession (2005-2007), avec des réductions de plus de dix points de pourcentage dans de nombreux pays européens, à prix constants (figure 3.2). Étant donné que les dépenses de santé liées aux drogues représentent une petite proportion des dépenses totales de santé publique (généralement moins de 1 %), aucune tendance ne peut être déduite de ces données s'agissant du financement des soins de santé liés aux drogues. Néanmoins, la réduction des fonds consacrés à la santé est susceptible d'avoir un impact négatif sur les initiatives de lutte contre la drogue et les rapports de l'EMCDDA tendent à indiquer que le financement des activités de prévention et de recherche sur les drogues peut en avoir particulièrement souffert.

FIGURE 3.2

Estimation de la croissance cumulée des dépenses publiques de santé (2005–07 et 2009–12), à prix constants



Source: Eurostat

Prévention de l'usage de drogues chez les jeunes

La prévention de l'usage de drogues chez les jeunes et des problèmes qui en découlent constitue un objectif politique clé et l'un des piliers de la stratégie européenne sur les drogues 2013-2020. La prévention couvre un large éventail d'approches. Les approches environnementales et universelles ciblent des populations entières, la prévention sélective vise les groupes vulnérables qui courent un plus grand risque de connaître des problèmes d'addiction, et la prévention indiquée se concentre sur les individus à risque. Cette dernière décennie, la disponibilité de normes de qualité, susceptibles de favoriser les interventions et l'émergence de bonnes pratiques, s'est accrue. Le projet de standards de qualité européens de prévention des usages de drogues (EDPQS) prévoit des outils au soutien de l'application de normes dans ce domaine.

L'efficacité de certaines approches de prévention applicables en milieu scolaire a été relativement bien démontrée. Bien que certains pays fassent état d'une application à grande échelle d'interdictions de fumer dans les établissements scolaires et de politiques en matière de drogues dans les écoles, approches pour lesquelles il existe des bases factuelles, les stratégies préventives uniquement fondées sur l'apport d'informations seraient aussi relativement couramment utilisées (figure 3.3). La diffusion d'informations en matière de santé peut être utile en termes éducatifs; toutefois, peu d'éléments tendent à démontrer que cette forme de prévention influence le comportement futur en matière de consommation de drogues.

Des stratégies de détection et d'intervention précoces sont mises en œuvre dans certains établissements scolaires, généralement sur la base de conseils aux jeunes consommateurs de substances. Un programme canadien (Preventure) ciblant les jeunes consommateurs d'alcool en quête de sensations fortes a été évalué de façon positive. Il a été adapté en vue d'être utilisé en République tchèque, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Concernant les interventions de prévention menées auprès de groupes vulnérables spécifiques, il a été signalé que les approches les plus couramment employées ciblent les familles ayant des problèmes de consommation abusive de substances, les élèves ayant des problèmes sociaux et scolaires et les jeunes délinquants. Un programme se détache en ce qui concerne les jeunes délinquants: FreD, un ensemble d'interventions basées sur un manuel, qui a été mis en œuvre dans 15 États membres de l'UE. Les évaluations de ce programme ont montré une diminution des taux de récidive.

La prévention de l'usage de drogues chez les jeunes et des problèmes qui en découlent constitue un objectif politique clé

FIGURE 3.3

Interventions en milieu scolaire pour la prévention de la consommation de substances: mise en œuvre et données probantes
(Moyennes européennes établies sur la base d'évaluations d'experts, 2013)

Nombreux éléments de données probantes

Interdiction complète de fumer dans les écoles
Politiques scolaires
Aptitudes personnelles et sociales

Divers éléments de données probantes

Activités extrascolaires créatives
Événements pour les parents
Approches de pair à pair
Interventions fondées sur le genre

Aucune donnée probante

Information limitée aux drogues
(aptitudes sociales, etc. non comprises)
Journées d'information sur les drogues
Visites d'agents de police dans les écoles
Séances d'information par d'autres sources externes
Dépistage de drogues chez les élèves

Disponibilité Inexistante Rare Limitée Étendue Totale

NB: Les déclarations de données probantes sont fondées sur le Best practice portal de l'EMCDDA et les normes de l'ONUDC en matière de données probantes.

Nouvelles drogues et nouveaux défis

Dans les pays européens, les premières réactions à l'émergence de nouvelles substances psychoactives sont principalement de nature réglementaire: elles visent à endiguer l'offre de ces substances à l'aide d'outils législatifs. Toutefois, une attention accrue est accordée au développement d'activités de prévention et d'éducation ciblées, ainsi qu'aux activités de formation et de sensibilisation à l'intention des professionnels. En outre, les services actifs dans les milieux récréatifs et les lieux de vie nocturne tendent à intégrer leurs actions de lutte contre les nouvelles substances dans des stratégies établies. Internet joue également un rôle de plus en plus important en tant que plateforme pour l'apport d'informations et de conseils. Une évolution concerne le recours aux interventions de «sensibilisation en ligne» visant à atteindre de nouveaux groupes cibles. Il s'agit par exemple d'initiatives prises par les usagers de drogues, telles que forums et blogs, qui fournissent des informations et des conseils sur la protection des consommateurs. Dans quelques cas, ces interventions sont associées à des services de dépistage de drogues et d'analyse des comprimés, avec diffusion en ligne des résultats et de messages de réduction des risques.

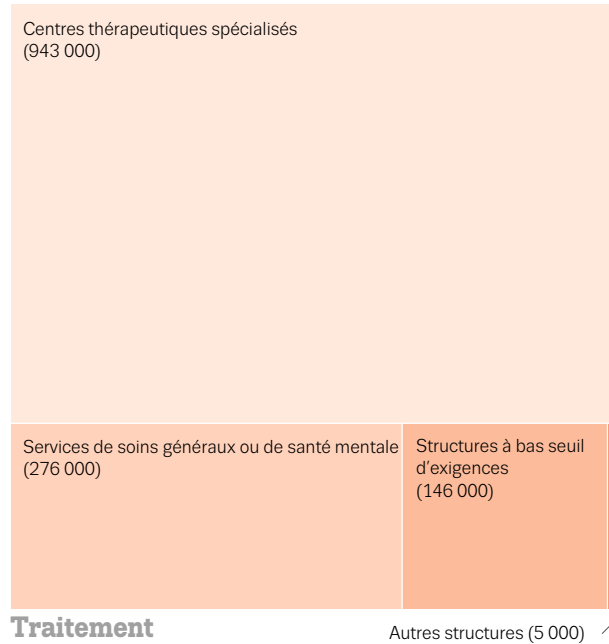
Actuellement, en Europe, il n'existe aucune demande significative de traitement spécialisé pour usage de nouvelles drogues psychoactives, bien que l'on note à présent une certaine évolution des services dans certains pays. L'émergence de nouvelles drogues s'est manifestée de manière différente dans chaque pays, et les réponses nationales reflètent ces différences. En Hongrie et en Roumanie, qui ont signalé des cas d'injection de cathinones, les services d'échange de seringues jouent un rôle important. Au Royaume-Uni, où l'on enregistre un nombre significatif d'usagers de méphédron, des «cliniques des drogues de boîtes de nuit» interviennent auprès de ce groupe de patients et des directives en matière de traitement sont en cours d'élaboration.

Internet joue un rôle de plus en plus important en tant que plateforme pour l'apport d'informations et de conseils

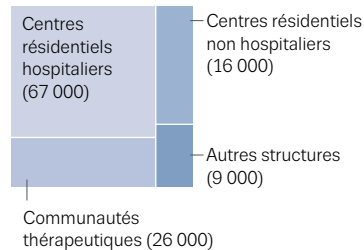
FIGURE 3.4

Nombre de patients suivant un traitement pour usage de drogues en Europe en 2013, par structure

Traitement ambulatoire



Traitement en milieu résidentiel



Prisons

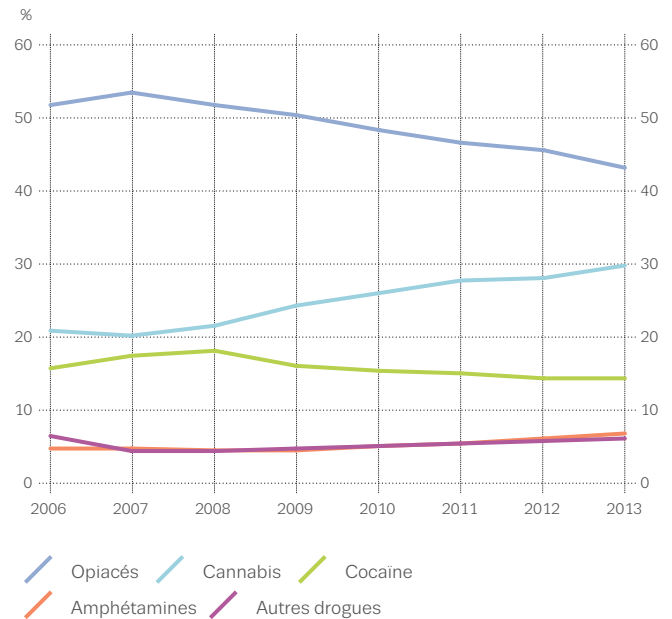
(35 000)

La plupart des traitements sont dispensés dans des structures ambulatoires

En Europe, la plupart des traitements liés à la consommation de drogues sont dispensés dans des structures ambulatoires, les centres spécialisés représentant le premier fournisseur de ce type de service en termes d'usagers de drogues concernés, suivis des centres de soins généraux (figure 3.4). Ces derniers sont notamment des cabinets de médecins généralistes, ce qui traduit leur rôle en tant que prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés dans certains grands pays, tels que la France et l'Allemagne. Un pourcentage non négligeable des traitements est également dispensé dans des centres avec hébergement, comme les centres thérapeutiques résidentiels spécialisés, les communautés thérapeutiques et les services psychiatriques hospitaliers (par exemple en hôpital psychiatrique). L'importance relative des services ambulatoires et en milieu résidentiel au sein des systèmes de traitement nationaux varie considérablement entre les pays. Par ailleurs, bon nombre de pays disposent de services à bas seuil d'exigences, et

FIGURE 3.5

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



bien que ceux-ci ne dispensent pas de traitements structurés, ils sont considérés comme faisant partie intégrante du système de traitement national dans certains pays comme la France et la République tchèque.

Le nombre de personnes ayant reçu un traitement pour usage de drogues illicites en Europe, en 2013, est estimé à 1,6 million (1,4 million dans l'Union européenne). Il est supérieur de 0,3 million aux estimations de 2012. Cette hausse est en partie due à l'amélioration des méthodes de notification et à de nouvelles données, en particulier l'inclusion de 200 000 patients en traitement ambulatoire en Turquie.

Les données issues du suivi des admissions en traitement indiquent qu'après les consommateurs d'opiacés, les consommateurs de cannabis et de cocaïne formeraient les deuxième et troisième groupes de patients entamant un traitement spécialisé (figure 3.5). Les interventions psychosociales sont le traitement le plus couramment utilisé pour ces patients.

En Europe, la plupart des traitements sont dispensés dans des structures ambulatoires

FIGURE 3.6

TSO : principal mode de traitement, mais baisse du nombre d'admissions

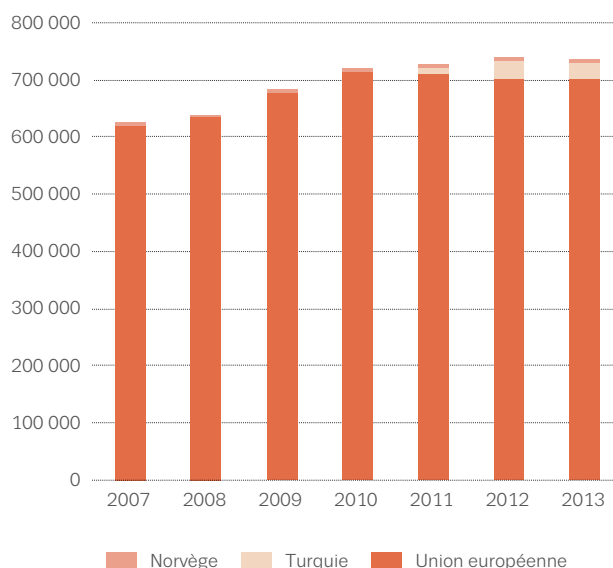
Les usagers d'opiacés représentent le plus grand groupe de patients suivant un traitement spécialisé en Europe et concentrent la majeure partie des ressources disponibles en matière de traitements. Le traitement de substitution aux opiacés (TSO), généralement combiné à des interventions psychosociales, est le traitement le plus courant pour la dépendance aux opiacés. Les données disponibles confirment cette approche combinée, qui permet de maintenir les patients en traitement et de réduire la consommation d'opiacés illicites, les comportements à risque signalés, les risques et la mortalité liés à la drogue.

Près des deux tiers (69 %) des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone, qui est le produit de substitution le plus couramment prescrit, la buprénorphine étant administrée à 28 % de patients. Cette dernière substance est le principal médicament de substitution dans six pays. D'autres substances, telles que la morphine à libération lente ou la diacétylmorphine (héroïne), ne sont prescrites qu'occasionnellement en Europe, les estimations faisant état d'environ 3 % de l'ensemble des traitements de substitution en Europe.

Selon les estimations, 700 000 consommateurs d'opiacés ont reçu un traitement de substitution dans l'Union européenne en 2013. Ce chiffre est légèrement inférieur par rapport à 2011 (voir figure 3.6). Entre 2010 et 2013, les plus fortes baisses relatives ont été observées en République tchèque (41 % sur la base des estimations), à Chypre (39 %) et en Roumanie (36 %). Les plus fortes hausses relatives ont été enregistrées en Pologne (80 %), dans le contexte de chiffres de départ faibles, et en Grèce (59 %). Si l'on inclut les données de la Turquie et de la Norvège, les estimations pour 2013 atteignent 737 000 patients.

**Les usagers d'opiacés
représentent le plus grand
groupe de patients suivant
un traitement spécialisé
en Europe**

Évolution du nombre de patients en traitement de substitution aux opiacés



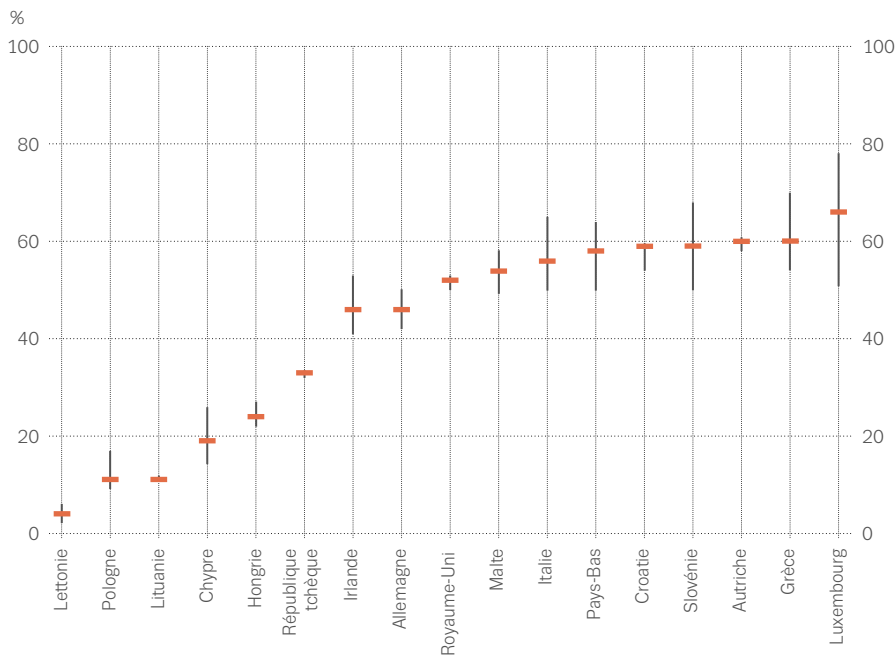
Plus de la moitié des consommateurs d'opiacés suivent un traitement de substitution

La couverture des traitements de substitution (proportion des personnes qui en ont besoin et qui en bénéficient) est estimée à plus de 50 % des usagers problématiques d'opiacés européens. Pour des raisons méthodologiques, il convient de traiter cette estimation avec prudence, mais dans de nombreux pays, une majorité des consommateurs d'opiacés sont ou ont été en contact avec des services de soins. Au niveau national, cependant, des différences marquées dans les taux de couverture demeurent, avec les taux estimés les plus bas (environ 10 % ou moins) enregistrés en Lettonie, en Pologne et en Lituanie (figure 3.7).

Quoique moins répandues, d'autres options de traitement sont proposées aux consommateurs d'opiacés dans tous les pays européens. Dans les dix pays qui ont fourni suffisamment de données, la couverture des approches de traitement sans produit de substitution est comprise entre 4 % et 71 % de l'ensemble des usagers problématiques d'opiacés en traitement.

FIGURE 3.7

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



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

FIGURE 3.8

Satisfaction de besoins multiples par des interventions ciblées

Les interventions ciblées peuvent faciliter l'accès à un traitement et garantir la satisfaction des besoins des différents groupes. Les informations disponibles révèlent que ce type d'approche est actuellement le plus répandu parmi les jeunes consommateurs de drogues, les usagers orientés vers ces services par le système de justice pénale et les femmes enceintes (figure 3.8). Les programmes ciblés destinés aux usagers de drogues sans domicile fixe, aux consommateurs plus âgés et aux personnes lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres étaient moins courants, en dépit des nombreux pays ayant signalé la nécessité d'offrir ce type de service.

Disponibilité des programmes de traitement pour certains groupes ciblés en Europe (évaluations d'experts, 2013)

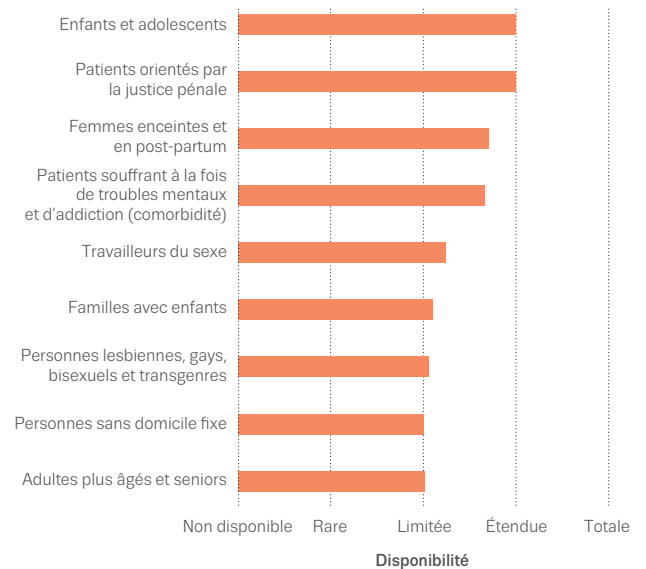
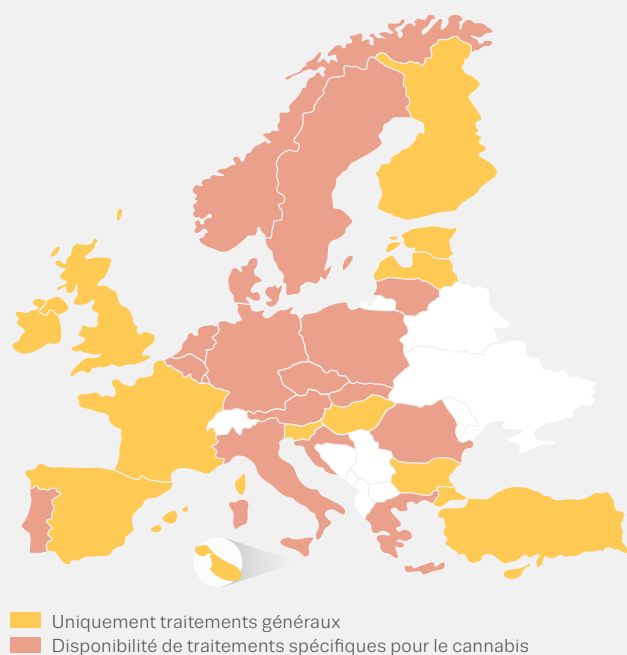


FIGURE 3.9

Existence de programmes spécialisés pour les usagers de cannabis dans les pays européens



Disponibilité de traitements spécifiques pour le cannabis dans la moitié des pays

L'offre de traitements spécifiques pour le cannabis est de plus en plus répandue en Europe, la moitié des pays ayant notifié la disponibilité de tels traitements. Dans les autres pays, les traitements destinés aux usagers de cannabis sont dispensés dans le cadre de programmes pour l'usage de substances en général (figure 3.9). Les services proposés aux consommateurs de cannabis sont variés, allant de brèves interventions en ligne à des traitements thérapeutiques de longue durée dans des centres spécialisés. Bien que la plupart des traitements ciblant ce groupe d'usagers soient dispensés dans des structures communautaires ou ambulatoires, ce n'est pas toujours le cas: environ un cas signalé sur cinq d'entrée en traitement en milieu résidentiel pour usage de drogues est à présent lié à un problème avec le cannabis.

Le traitement des problèmes associés au cannabis se base sur des approches psychosociales. Les interventions associant la famille sont courantes pour les adolescents, tandis que les interventions de type cognitives et comportementales sont habituellement utilisées pour les adultes. Les données disponibles corroborent le recours à une combinaison incluant thérapie cognitive et comportementale, entretien motivationnel et gestion des situations d'urgence. De plus, certaines données encouragent le recours à la thérapie familiale

multidimensionnelle pour les jeunes consommateurs de cannabis.

Les interventions en ligne ont élargi la portée et la couverture géographique des programmes concernant le cannabis. Elles offrent un nouveau moyen d'intervention auprès des personnes rencontrant des problèmes liés aux drogues et permettent d'accéder à certains groupes d'usagers qui ne sont actuellement en contact avec aucun service spécialisé.

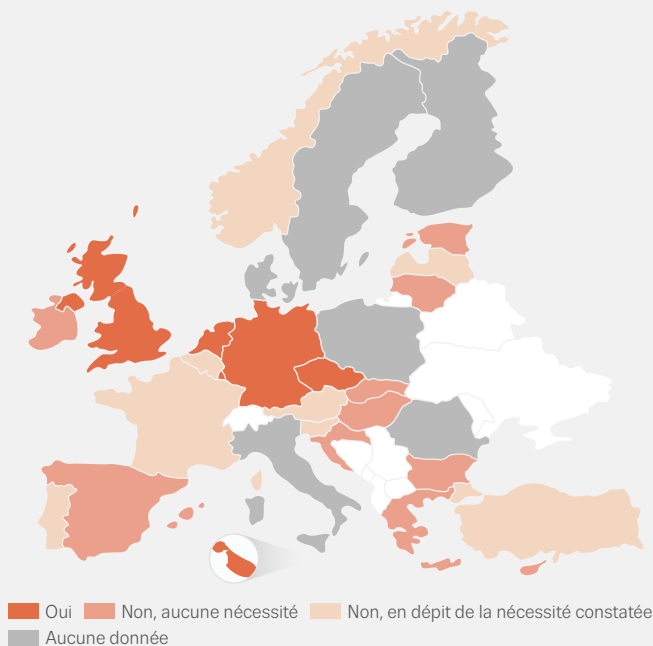
Adapter les traitements aux usagers vieillissants

Les tendances démographiques enregistrées parmi les consommateurs problématiques de drogues en Europe soulèvent d'importantes questions quant à la pertinence des interventions menées auprès des patients vieillissants. Les patients de plus de quarante ans représenteront bientôt la majorité des consommateurs problématiques d'opiacés en traitement. Outre les problèmes de santé liés aux drogues, ces personnes sont également de plus en plus souvent confrontées aux problèmes liés à l'âge, souvent aggravés par leur mode de vie. Des recommandations cliniques tenant compte des évolutions démographiques dans la population des consommateurs problématiques d'opiacés en Europe doivent être établies. Elles contribueront à une pratique clinique efficace, compte tenu de la complexité et de l'importance croissantes des aspects relatifs aux interactions médicamenteuses, aux modes d'administration, aux doses à domicile et aux traitements contre la douleur.

Peu de pays déclarent disposer de programmes ciblés pour les consommateurs de drogues plus âgés. Ce groupe de patients est généralement intégré dans les services de traitement des drogues existants (voir figure 3.10). Toutefois, tant l'Allemagne que les Pays-Bas ont prévu des maisons de retraite tenant compte des besoins de ces usagers. Dans le futur, les programmes de traitement et de soins devront être modifiés et développés pour assurer à cette cohorte vieillissante des soins adéquats. Cette évolution nécessitera probablement la formation du personnel concerné et des modifications de l'offre de soins. Étant donné que ce groupe de patients n'a que peu de contact avec le système de santé général et suit rarement les traitements dispensés pour soigner les infections liées aux drogues, l'importance d'une approche multidisciplinaire se poursuivant après le traitement des problèmes de drogues est évidente.

FIGURE 3.10

Disponibilité de programmes ciblés pour les usagers de drogues plus âgés (évaluations d'experts, 2013)



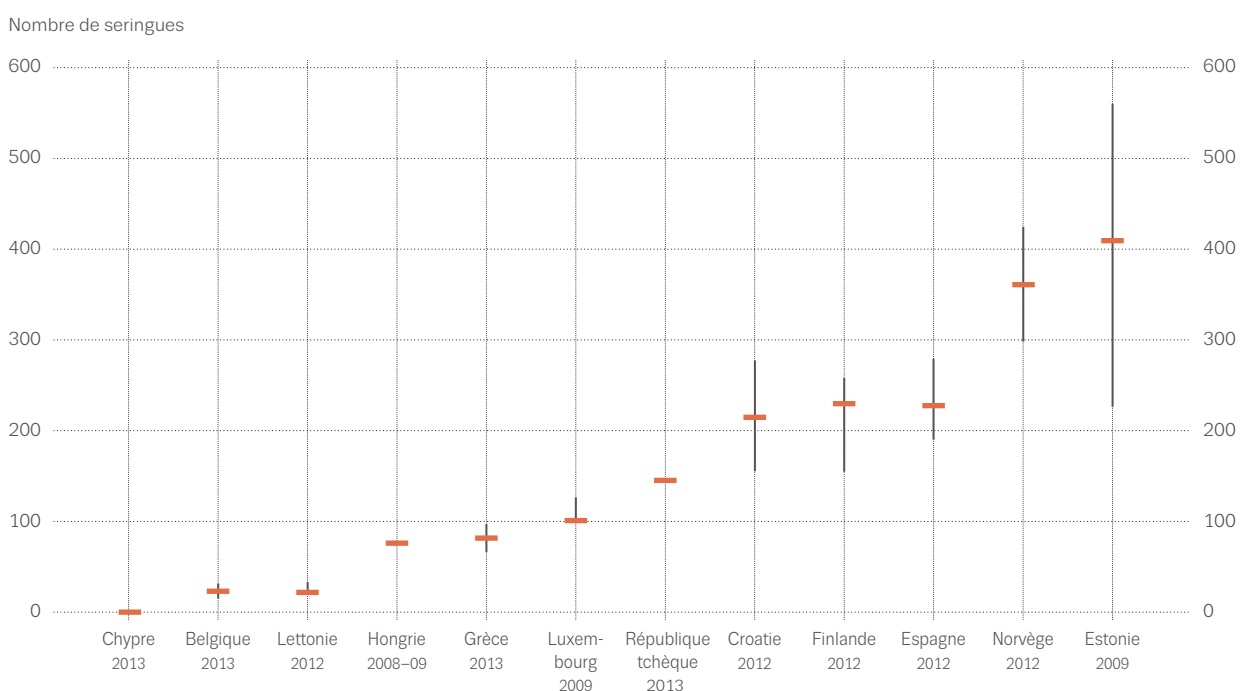
Prévention des maladies infectieuses

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

Entre 2007 et 2013, le nombre de seringues distribuées dans le cadre de programmes spécialisés est passé de 43 à 49 millions dans 24 pays représentant 48 % de la population de l'UE. Au niveau national, la situation est contrastée, avec environ une moitié des pays indiquant une augmentation de l'offre et l'autre moitié une diminution. Sur les 12 pays qui disposaient d'estimations récentes de la prévalence des injections, le nombre signalé de seringues distribuées par usager injecteur par l'intermédiaire de programmes spécialisés en 2013 était compris entre moins d'un à Chypre et plus de 300 en Estonie et en Norvège (figure 3.11).

FIGURE 3.11

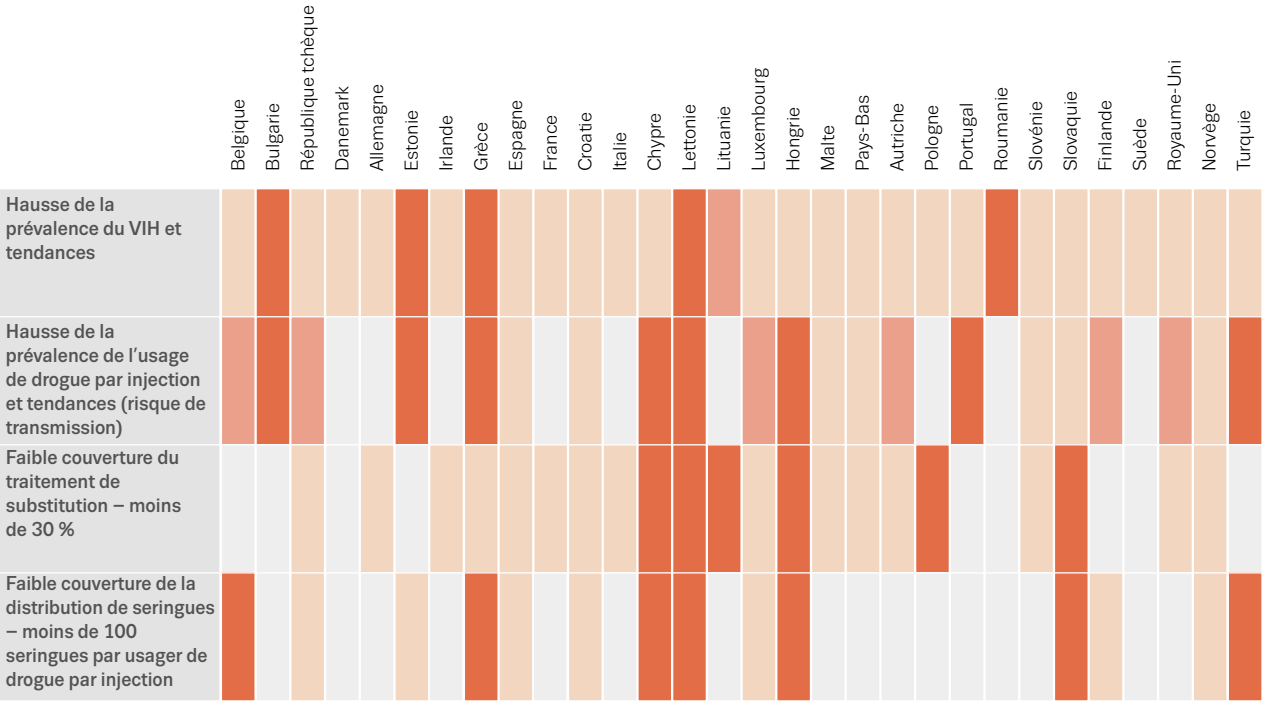
Nombre de seringues distribuées par les programmes spécialisés, par usager de drogue par injection (estimation)



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

FIGURE 3.12

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



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

Pour des informations, voir le tableau supplémentaire en ligne.

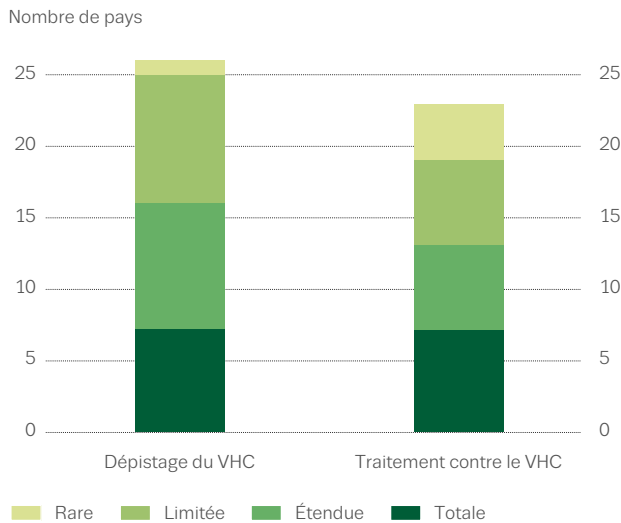
Bien que partout en Europe, la couverture des mesures de prévention du VIH se soit accrue, d'importantes populations d'usagers injecteurs continuent de ne bénéficier que d'un accès limité à ces services. La figure 3.12 donne un aperçu de certains indicateurs de risque potentiel. Sur la base de cette simple analyse, environ un tiers des pays présentent un risque relativement élevé, ce qui suggère qu'il convient d'être constamment vigilants et de continuer d'élargir la couverture des mesures de prévention du VIH.

Amélioration des traitements contre l'hépatite C

Les mesures de prévention qui ciblent la transmission de l'hépatite C sont semblables à celles du VIH. Au niveau politique, un nombre croissant de pays ont adopté ou préparent des stratégies propres à l'hépatite C. Les initiatives axées sur le dépistage des usagers pratiquant l'injection et sur le conseil en matière d'hépatite C se sont multipliées ces dernières années, mais restent malgré tout limitées. De nouveaux outils diagnostics (tels que le Fibroscan) ont été introduits, et de nouveaux médicaments ont réduit la durée du traitement et ses effets secondaires, facilitant ainsi son suivi. Malgré des données scientifiques de plus en plus nombreuses confirmant l'efficacité du traitement antiviral contre l'hépatite C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, plusieurs pays ont signalé que la disponibilité de ce traitement restait limitée (voir figure 3.13). Cela peut être en partie dû aux coûts élevés des nouveaux médicaments.

FIGURE 3.13

Disponibilité d'un dépistage du virus de l'hépatite C et d'un traitement contre l'hépatite C (évaluations d'experts, 2013)



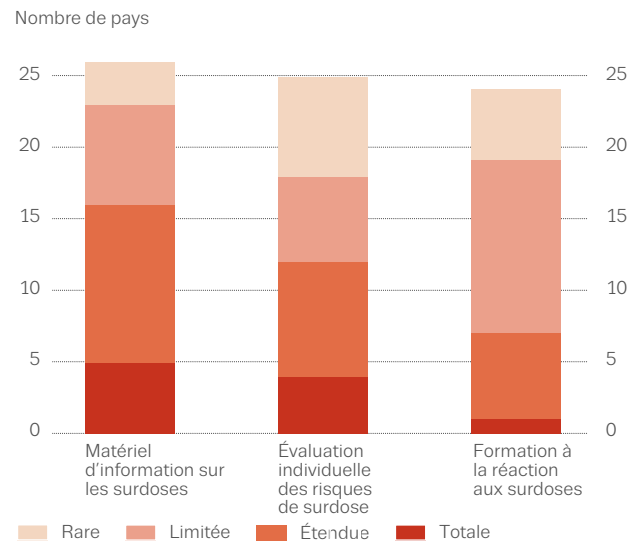
Prévention des surdoses et des décès liés à la drogue

La réduction des décès par surdose et des autres décès liés à la drogue reste un défi majeur pour la politique de santé publique en Europe. Les réponses ciblées dans ce domaine sont axées soit sur la prévention des surdoses soit sur l'amélioration des chances de survie en cas de surdose. Les traitements, en particulier les traitements de substitution aux opiacés, préviennent les surdoses et réduisent le risque de mortalité des usagers.

Parmi une sélection d'interventions ciblant les décès imputables aux drogues, la délivrance d'informations et de matériel relatifs à la prévention des surdoses est signalée comme étant la plus répandue (figure 3.14). Les formations qui apprennent à réagir aux surdoses, notamment par l'administration de naloxone, une drogue antagoniste des opiacés, peuvent sauver des vies en cas de surdose. Toutefois, cette offre de prévention est moins disponible. De nouvelles directives de l'OMS recommandent vivement de veiller à ce que les personnes susceptibles d'être les témoins d'une surdose aient accès à la naloxone et soient formées à son administration afin qu'elles puissent l'utiliser pour gérer les urgences en cas de soupçon de surdose aux opiacés. Des programmes d'administration de naloxone existent actuellement dans sept pays; ils ont été établis ces dernières années au Danemark, en Estonie et en Norvège, des pays où les taux de surdose sont élevés. Une récente étude menée en Écosse (Royaume-Uni) a révélé qu'une hausse de la distribution de kits de naloxone aux détenus «à risque» au moment de leur libération coïncidait avec une réduction significative des décès imputables aux opiacés se

FIGURE 3.14

Disponibilité de réponses au problème des décès liés aux drogues (évaluations d'experts, 2013)



produisant au cours des quatre semaines suivant leur sortie de prison.

L'un des objectifs des salles de consommation à moindre risque est de réduire les surdoses et d'accroître les chances de survie en cas de surdose. Six pays proposent actuellement de telles structures (70 au total). Ces dernières années, plusieurs structures ont fermé à cause d'une baisse de la demande.

Santé en prison: une réponse globale est nécessaire

Les détenus présentent, par rapport à la population générale, des taux globalement plus élevés d'usages de drogues, mais aussi des modes de consommation davantage à risque, comme l'indiquent de récentes études qui révèlent qu'entre 6 et 31 % des détenus ont déjà

Les traitements, en particulier les traitements de substitution aux opiacés, préviennent les surdoses et réduisent le risque de mortalité des usagers

consommé de la drogue par injection. Lorsqu'ils entrent en prison, la plupart des usagers réduisent leur consommation ou y mettent fin. Des drogues illicites circulent cependant dans de nombreuses prisons et certains détenus continuent à se droguer ou commencent à le faire pendant leur incarcération. Des taux élevés d'hépatite C et d'autres maladies infectieuses ont également été observés dans les populations carcérales. En raison de l'incidence élevée des problèmes de drogues parmi les détenus, l'examen de santé à l'arrivée constitue une intervention importante. L'OMS a récemment recommandé la mise à disposition d'une série d'actions préventives, dont un dépistage gratuit et volontaire des maladies infectieuses, la distribution de préservatifs et de matériel d'injection stérile, le traitement des maladies infectieuses et le traitement de la dépendance à la drogue.

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

Vingt-six des trente pays analysés par l'EMCDDA ont signalé la disponibilité de traitements de substitution aux opiacés dans les prisons, bien qu'aucune activité n'ait été rapportée dans trois de ces pays en 2013. Globalement, la couverture des populations carcérales semble augmenter, ce qui reflète la disponibilité accrue de cette offre au sein de cette communauté. Toutefois, des restrictions concernant l'accès peuvent aussi être appliquées. Par exemple, en République tchèque et en Lettonie, les traitements de substitution en prison sont limités aux détenus qui suivaient déjà un tel traitement avant leur incarcération. La distribution de matériel d'injection stérile est moins répandue, seuls quatre pays indiquant sa disponibilité dans les prisons.

**En raison de l'incidence élevée
des problèmes de drogues
parmi les détenus, l'examen
de santé à l'arrivée constitue
une intervention importante**

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

2014

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

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

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

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

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

2012

Réduction de la demande de drogue : preuves scientifiques, Objectif drogues.

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

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

Annexe

**Les données nationales présentées
ci-dessous sont extraites et constituent
un sous-ensemble du Bulletin statistique
de l'EMCDDA, grâce auquel le lecteur
peut accéder à d'autres statistiques,
années, notes et métadonnées**

TABLEAU A1

OPIACÉS

	Estimation de l'usage problématique d'opiacés	Indicateur des demandes de traitement; drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur						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	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	
Pays	Nombre de cas pour 1 000 habitants	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	comptage
Belgique	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgarie	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
République tchèque	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Danemark	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Allemagne	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estonie	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irlande	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Grèce	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Espagne	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
France	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Croatie	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Italie	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Chypre	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Lettonie	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Lituanie	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luxembourg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Hongrie	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malte	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Pays-Bas	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Autriche	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Pologne	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugal	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Roumanie	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Slovénie	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Slovaquie	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finlande	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Suède	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Royaume-Uni	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Turquie	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norvège	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Union européenne	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
UE, Turquie et Norvège	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

L'année et la méthode d'estimation pour les usagers problématiques d'opiacés varient selon les pays.

L'indicateur des demandes de traitement concerne les patients admis en traitement au cours d'une année donnée.

TABLEAU A2

COCAÏNE

	Estimations de prévalence			Indicateur des demandes de traitement, drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur					
	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	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	—	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgarie	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
République tchèque	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Danemark	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	—
Allemagne	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	—	—	—	—
Estonie	—	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	—	—	—
Irlande	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Grèce	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Espagne	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
France	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	—
Croatie	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Italie	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Chypre	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Lettonie	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituanie	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	—	—	—
Luxembourg	—	—	—	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	—	39 (16)
Hongrie	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malte	0,5	—	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Pays-Bas	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Autriche	2,2	1,2	—	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Pologne	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugal	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Roumanie	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	—	—	—
Slovénie	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Slovaquie	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finlande	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	—	—
Suède	—	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Royaume-Uni	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Turquie	—	—	—	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvège	4,2	2,2	1	0,9 (79)	—	—	—	—	—
Union européenne	4,6	1,9	—	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
UE, Turquie et Norvège	—	—	—	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Les estimations de la prévalence pour la population générale proviennent d'enquêtes nationales représentatives. L'année et la méthode d'enquête varient selon les pays. Les estimations de la prévalence pour la population en milieu scolaire sont extraites d'enquêtes nationales menées en milieu scolaire ou du projet ESPAD.

TABLEAU A3

AMPHÉTAMINES

	Estimations de prévalence			Indicateur des demandes de traitement, drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur					
	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	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	—	—	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgarie	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
République tchèque	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Danemark	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	—
Allemagne	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	—	—	—	—
Estonie	—	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irlande	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Grèce	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Espagne	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
France	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	—
Croatie	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italie	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Chypre	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Lettonie	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Lituanie	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	—	—	—
Luxembourg	—	—	—	0 (0)	0 (0)	0 (0)	—	—	—
Hongrie	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malte	0,3	—	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	—	25 (1)
Pays-Bas	3,1	—	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Autriche	2,5	0,9	—	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Pologne	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugal	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	—
Roumanie	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	—	—	—
Slovénie	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	—	—	—
Slovaquie	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finlande	2,3	1,6	—	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Suède	—	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Royaume-Uni	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Turquie	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	—	—	—
Norvège	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	—	—	—	—	—
Union européenne	3,5	1,0	—	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
UE, Turquie et Norvège	—	—	—	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABLEAU A4

ECSTASY

	Estimations de prévalence			Indicateur des demandes de traitement; drogue posant le plus de problèmes à l'usager		
	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	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgarie	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
République tchèque	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Danemark	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Allemagne	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonie	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irlande	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Grèce	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Espagne	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
France	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Croatie	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Italie	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Chypre	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Lettonie	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Lituanie	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxembourg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Hongrie	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malte	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Pays-Bas	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Autriche	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Pologne	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugal	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Roumanie	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Slovénie	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovaquie	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlande	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Suède	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Royaume-Uni	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Turquie	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norvège	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Union européenne	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)

TABLEAU A5

CANNABIS

	Estimations de prévalence			Indicateur des demandes de traitement; drogue posant le plus de problèmes à l'usager		
	Population générale		Population scolaire	Patients usagers de cannabis en % des patients admis en traitement		
	Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, étudiants (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgarie	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
République tchèque	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Danemark	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Allemagne	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estonie	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irlande	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Grèce	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Espagne	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
France	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Croatie	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Italie	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Chypre	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Lettonie	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Lituanie	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luxembourg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Hongrie	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malte	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Pays-Bas	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Autriche	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Pologne	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugal	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Roumanie	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Slovénie	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Slovaquie	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finlande	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Suède	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Royaume-Uni	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Turquie	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norvège	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Union européenne	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
UE, Turquie et Norvège	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

TABLEAU A6

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)	Nombre de cas pour 1 000 habitants	comptage
Belgique	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgarie	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
République tchèque	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Danemark	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Allemagne	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estonie	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irlande	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Grèce	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Espagne	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
France	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Croatie	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Italie	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Chypre	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Lettonie	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Lituanie	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luxembourg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Hongrie	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malte	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Pays-Bas	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Autriche	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Pologne	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugal	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Roumanie	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Slovénie	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Slovaquie	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finlande	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Suède	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Royaume-Uni	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 ⁽¹⁾
Turquie	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norvège	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Union européenne	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
UE, Turquie et Norvège	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Les estimations de la consommation de drogue par voie intraveineuse sont obtenues à l'aide de méthodes indirectes; l'année de l'estimation varie selon les pays.

⁽¹⁾ Les données concernent l'Écosse et le Pays de Galles (2013) et l'Irlande du Nord (2012).

TABLEAU A7

SAISIES

	Héroïne		Cocaïne		Amphétamines		Ecstasy	
	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies
Pays	kg	comptage	kg	comptage	kg	comptage	comprimés (kg)	comptage
Belgique	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (–)	1 338
Bulgarie	157	32	20	–	193	8	4 169 (29)	–
République tchèque	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Danemark	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (–)	590
Allemagne	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (–)	2 233
Estonie	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irlande	61	690	66	366	23	114	465 083 (–)	464
Grèce	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Espagne	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (–)	2 301
France	570	–	5 612	–	501	–	414 800 (–)	–
Croatie	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Italie	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Chypre	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Lettonie	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Lituanie	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luxembourg	4	127	1	103	5	6	13 (–)	3
Hongrie	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malte	1	51	4	115	0	3	30 375 (–)	45
Pays-Bas ⁽¹⁾	750	–	10 000	–	681	–	–	–
Autriche	80	346	25	992	29	859	5 768 (–)	119
Pologne	49	–	21	–	685	–	45 997 (–)	–
Portugal	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Roumanie	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Slovénie	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Slovaquie	0,2	73	1	23	4	634	47 (–)	17
Finlande	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (–)	795
Suède	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Royaume-Uni ⁽¹⁾	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (–)	3 716
Turquie	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (–)	4 274
Norvège	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Union européenne	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
UE, Turquie et Norvège	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

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

⁽¹⁾ Les données relatives aux saisies ont trait à l'année 2012.

TABLEAU A7

SAISIES (suite)

	Résine de cannabis		Herbe de cannabis		Plants de cannabis	
	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies	Quantité saisie	Nombre de saisies
Pays	kg	comptage	kg	comptage	plants (kg)	comptage
Belgique	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (–)	1 212
Bulgarie	5	9	579	69	18 126 (24)	11
République tchèque	1	28	735	875	73 639 (–)	361
Danemark	3 292	11 030	394	1 896	– (5634)	645
Allemagne	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (–)	2 026
Estonie	109	24	51	524	– (16)	42
Irlande	677	367	1 102	1 770	6 309 (–)	427
Grèce	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Espagne	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (–)	2 305
France	70 918	–	4 758	–	141 374 (–)	–
Croatie	5	359	1 047	4 171	3 957 (–)	213
Italie	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (–)	1 227
Chypre	1	16	99	849	403 (–)	62
Lettonie	106	28	29	412	– (344)	31
Lituanie	1 088	11	124	199	– (–)	–
Luxembourg	8	81	11	832	8 (–)	6
Hongrie	5	103	863	2 040	5 307 (–)	196
Malte	1	71	10	85	27 (–)	3
Pays-Bas (¹)	2 200	–	12 600	–	1 218 000 (–)	–
Autriche	130	1 512	1 432	8 270	– (196)	327
Pologne	208	–	1 243	–	69 285 (–)	–
Portugal	8 681	3 087	96	559	8 462 (–)	354
Roumanie	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Slovénie	0,5	73	810	3 673	9 515 (–)	212
Slovaquie	0,0	21	81	1 307	1 039 (–)	32
Finlande	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Suède	1 160	6 937	928	9 221	– (–)	–
Royaume-Uni (¹)	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (–)	15 846
Turquie	94 279	5 331	180 101	60 742	– (–)	3 706
Norvège	2 283	11 875	491	5 444	– (159)	386
Union européenne	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
UE, Turquie et Norvège	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

(¹) Les données relatives aux saisies ont trait à l'année 2012, à l'exception du nombre de plants de cannabis saisis aux Pays-Bas, qui concernent l'année 2013.

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites

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

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

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

Publications payantes

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

À propos de ce rapport

Le rapport Tendances et évolutions présente une analyse très complète du phénomène de la drogue en Europe. Il examine l'offre de drogue, les modes de consommation et les problèmes de santé publique ainsi que les politiques antidrogue et les réponses apportées au problème. Avec le Bulletin statistique en ligne, les Synthèses nationales et les Perspectives sur les drogues, il compose le dossier du Rapport européen sur les drogues 2015.

À propos de l'EMCDDA

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

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

