



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

FR

ISSN 2314-9108

Rapport européen sur les drogues

Tendances et évolutions

2019



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

| Rapport | européen sur | les drogues

Tendances et évolutions

2019

Avis juridique

Cette publication de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) est protégée par la législation sur le droit d'auteur. L'Observatoire décline toute responsabilité quant aux conséquences de l'utilisation des données figurant dans ce document. Le contenu de la présente publication ne reflète pas nécessairement les avis officiels des partenaires de l'Observatoire, des États membres ou des agences et institutions de l'Union européenne.

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

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-427-3	ISSN 1977-9887	doi:10.2810/378290	TD-AT-19-001-FR-C
PDF	ISBN 978-92-9497-391-7	ISSN 2314-9108	doi:10.2810/820836	TD-AT-19-001-FR-N

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2019
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Cette publication doit être référencée comme suit: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2019), *Rapport européen sur les drogues 2019: Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

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

Tél.: +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Table des matières

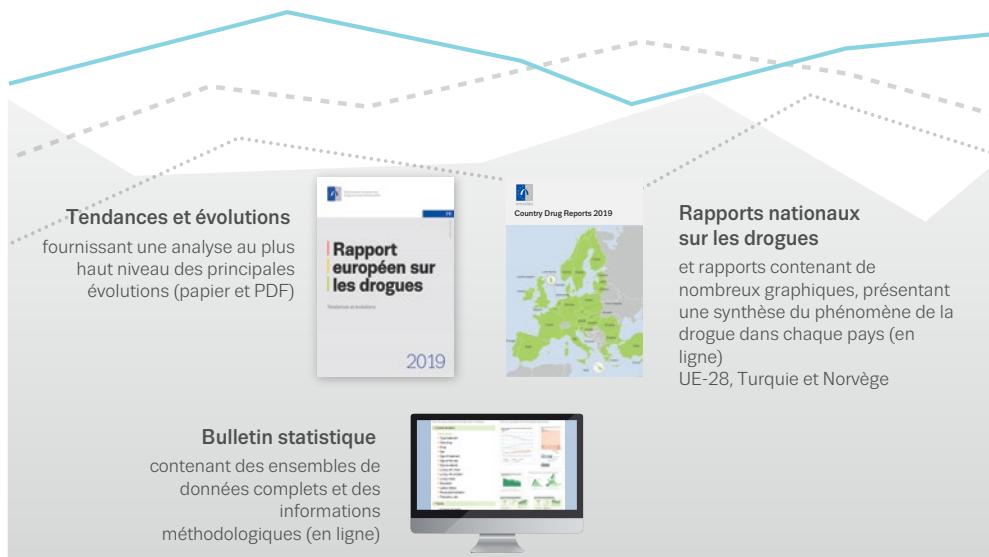
5	Préface
9	Remarques préliminaires et remerciements
11	COMMENTAIRE Comprendre le phénomène des drogues en Europe en 2019
21	CHAPITRE 1 L'offre de drogues et le marché
43	CHAPITRE 2 Usages de drogues: prévalence et tendances
65	CHAPITRE 3 Les problèmes liés aux drogues et les réponses apportées dans ce domaine
89	ANNEXE Tableaux de données nationales

Préface

Nous avons l'immense honneur de vous présenter l'édition 2019 du rapport européen sur les drogues: tendances et évolutions, la publication phare de l'EMCDDA. Le présent rapport fournit une analyse des données les plus récentes sur la situation en matière de drogues et sur les réponses qui sont y apportées dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie. Il est étayé par d'autres sources d'information en ligne, telles que notre bulletin statistique, qui contiennent des données de base. Le dossier du rapport européen sur les drogues comprend également 30 rapports nationaux sur les drogues, lesquels donnent une vue d'ensemble de la situation actuelle pour tous les pays participant au réseau d'information sur les drogues de l'UE.

RAPPORT EUROPÉEN SUR LES DROGUES 2019

Éléments interdépendants permettant l'accès aux données et analyses disponibles sur le problème des drogues en Europe et au niveau national



L'EMCDDA a pour mission de contribuer à construire une Europe plus saine et plus sûre. Nous nous efforçons d'atteindre cet objectif en fournissant les meilleures données probantes disponibles pour soutenir l'élaboration de politiques et d'actions documentées et ciblées en matière de drogues. Grâce à notre rapport phare, les parties prenantes obtiennent en temps utile une vue d'ensemble de la situation en matière de drogue, étape nécessaire pour apporter des réponses efficaces aux problèmes actuels. De plus, il propose une analyse des nouvelles menaces, nous permettant ainsi de nous préparer aux défis qui se poseront à l'avenir dans ce domaine complexe et en rapide évolution.

Cette année, la publication du rapport coïncide avec un moment de réflexion crucial sur l'évolution de la politique en matière de drogue, eu égard notamment au débat international sur les modalités de suivi adéquates de la session spéciale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue en 2016. L'année prochaine aura lieu l'évaluation finale de la stratégie antidrogue de l'UE en cours (2013-20). Durant cette période, l'Europe a connu des changements spectaculaires dans les difficultés liées aux drogues, y compris l'apparition de davantage de substances non contrôlées. Par ailleurs, d'importants changements sur le marché de la drogue et de l'usage de drogue ont été observés, et notre compréhension de ce qui constitue des interventions efficaces a augmenté. Un marché dominé par les substances à base de plantes importées en Europe a évolué vers un marché où les drogues de synthèse et la production en Europe ont pris de l'importance.

Avec la mondialisation et les avancées technologiques, les questions stratégiques que les décideurs politiques européens doivent prendre en considération se présentent sous un angle nouveau. Nous sommes fiers de la réputation dont jouit l'EMCDDA à l'échelle internationale du fait de sa capacité à suivre ces changements et à fournir les informations nécessaires au soutien de la coopération et de la coordination envisagées dans le cadre de la stratégie antidrogue de l'UE.

L'Union européenne et ses États membres se sont engagés à atteindre les objectifs fixés dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations unies. De nombreux aspects de ces objectifs concernent directement et indirectement les problèmes de drogue. À titre d'exemple, la production et le trafic de drogues peuvent nuire gravement à l'environnement physique, aux structures institutionnelles et à la qualité de vie qu'il est possible d'obtenir pour les citoyens des pays touchés. Les objectifs 3.3 et 3.5 sont axés sur l'éradication de l'épidémie de maladies infectieuses et l'amélioration de la prévention et du traitement des usages problématiques de drogue. Dans ce contexte, l'Europe s'est engagée à poursuivre l'objectif visant à éliminer l'hépatite virale parmi les usagers de drogues par injection au cours de la prochaine décennie. Le virus de l'hépatite C est très répandu au sein de cette population, mais des avancées récentes dans les médicaments disponibles indiqués dans le traitement de cette infection permettent d'envisager raisonnablement l'éradication du virus. C'est la raison pour laquelle, dans le rapport européen sur les drogues de cette année, nous accordons une attention toute particulière à la nécessité de renforcer la prévention, les essais et le traitement en tant que passage obligé pour réaliser cet objectif de taille en matière de santé publique.

Enfin, nous souhaitons remercier nos homologues nationaux du réseau Reitox des points focaux nationaux, nos autres partenaires nationaux et internationaux et le comité scientifique de l'EMCDDA, sans le soutien desquels ce rapport n'aurait pas vu le jour. Nous sommes également reconnaissants à l'égard de nos partenaires au niveau européen, en particulier la Commission européenne, Europol, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et l'Agence européenne des médicaments. Enfin, nous adressons nos remerciements aux réseaux spécialisés qui ont collaboré avec nous et qui ont enrichi notre rapport par des données innovantes et de pointe.

Laura d'Arrigo

Présidente, conseil d'administration de l'EMCDDA

Alexis Goosdeel

Directeur, EMCDDA

Remarques préliminaires et remerciements

Ce rapport se fonde sur les informations transmises à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) par les États membres de l'Union européenne, la Turquie, pays candidat, et la Norvège dans le cadre d'une procédure de rapport annuel.

Il a pour but de fournir une vue d'ensemble et un résumé de l'état du phénomène des drogues en Europe et des réponses qui y sont apportées. Les données statistiques rapportées ici concernent l'année 2017 (ou l'année la plus récente disponible). L'analyse des tendances n'est basée que sur les pays qui ont fourni des données suffisantes pour décrire les évolutions qui se sont produites au cours de la période considérée. Il convient aussi de noter qu'il est pratiquement et méthodologiquement difficile de suivre les habitudes et les tendances liées à un comportement caché et stigmatisé tel que la consommation de drogues illicites. C'est la raison pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées aux fins de l'analyse dans ce rapport. Si des améliorations considérables peuvent être observées, tant au niveau national qu'au niveau des résultats susceptibles d'être obtenus par une analyse européenne, les difficultés méthodologiques rencontrées dans ce domaine ne peuvent être ignorées. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation des données, en particulier quand des pays sont comparés sur un seul et unique critère. Les limites et mises en garde relatives aux données peuvent être consultées dans la version électronique de ce rapport, ainsi que dans le [bulletin statistique](#) (Statistical Bulletin), qui propose des informations détaillées sur la méthodologie utilisée, des réserves concernant l'analyse et des commentaires sur les limites des informations mises à disposition. Des informations sont également disponibles concernant les méthodes et les données utilisées pour obtenir des estimations européennes lorsqu'une interpolation est possible.

La période de référence pour l'ensemble des graphiques, analyses et données figurant dans le présent rapport est la situation en matière de drogue jusqu'à la fin de l'année 2018. Tous les groupements, totaux et légendes reflètent donc la situation telle qu'elle se présentait en 2018 en ce qui concerne la composition de l'Union européenne et les pays participant à l'élaboration des rapports de l'EMCDDA. En raison du temps nécessaire à la compilation et à la présentation des données, de nombreux ensembles de données annuels inclus ici concernent l'année de référence de janvier à décembre 2017.

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

- | les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel;
- | les services et les experts de chaque État membre qui ont recueilli les données brutes pour ce rapport;
- | les membres du conseil d'administration et du comité scientifique de l'EMCDDA;
- | le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne – en particulier son groupe horizontal «Drogue» – et la Commission européenne;
- | le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), l'Agence européenne des médicaments (EMA) et Europol;
- | le groupe «Pompidou» du Conseil de l'Europe, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Interpol, l'Organisation mondiale des douanes, le projet européen d'enquêtes en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD), le *Sewage Analysis Core Group Europe* (SCORE – Groupe central d'analyse des eaux usées en Europe), le *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN Plus – Réseau européen des urgences liées à la drogue), le réseau du projet *European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise* (ESCAPE – Projet européen d'analyse des fonds de seringues collectées), le réseau *Trans-European Drug Information* (TEDI – Réseau transeuropéen d'information sur les drogues) et le groupe en charge du projet *European Web Survey on Drugs* (enquête européenne en ligne sur les drogues);
- | le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications de l'Union européenne.

Points focaux nationaux Reitox

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

Commentaire

**Le Rapport européen sur les drogues 2019
offre un aperçu de l'état du phénomène
des drogues en Europe**

Comprendre le phénomène des drogues en Europe en 2019

La dernière analyse du phénomène des drogues en Europe menée par l'EMCDDA décrit un marché robuste et reflétant les évolutions en cours au niveau mondial. La persistance des problèmes de santé et de sécurité posés par des drogues illicites traditionnelles ou plus récentes crée un contexte politique difficile pour l'élaboration et la mise en œuvre de réponses efficaces. Le Rapport européen sur les drogues 2019 offre un aperçu de la situation des drogues en Europe à partir des dernières données disponibles. Cette partie introductive fournit un bref commentaire analytique à propos de certaines questions importantes figurant actuellement à l'ordre du jour de la politique européenne en matière de drogues.

Opioides: des efforts encore nécessaires pour faire face à un problème en constante évolution

Longtemps, la consommation d'héroïne par voie intraveineuse a incarné le problème lié à la drogue en Europe. Aujourd'hui, les nouvelles demandes de traitement liées à la consommation d'héroïne sont peu nombreuses par rapport aux données antérieures, les taux de consommation de drogues par injection ont chuté et le nombre de nouveaux cas annuels de VIH imputés à cette consommation a diminué d'environ 40 % au cours de la dernière décennie. Ce sont de bonnes nouvelles. On ne peut que saluer la mise en place, par les pays européens, de mesures pragmatiques de réduction des risques et de traitement qui ont contribué à ce succès. En revanche, ailleurs dans le monde, les problèmes liés aux opioides ont continué de s'aggraver, entraînant une escalade des coûts de santé publique en Amérique du Nord et dans certains pays limitrophes de l'Union européenne (UE). En Europe, malgré les améliorations constatées, l'usage d'opioïdes continue d'occasionner une part importante des coûts sociaux et de santé imputables à la consommation de stupéfiants et les menaces que représente cette catégorie de drogues pourraient même être en train de s'accroître.

Une analyse des réponses existantes apportées aux problèmes liés aux opioïdes montre que, dans un certain nombre de pays, notamment dans les régions orientales de l'Europe, l'efficacité des mesures de réduction des risques et des traitements demeure insuffisante. Certains indices attestent en outre que, dans certains pays disposant de longue date d'une bonne couverture de

services, la situation s'est détériorée. En même temps, les besoins des consommateurs vieillissants d'opioïdes, souvent de plus en plus vulnérables, ne cessent de croître. C'est ce que reflètent les décès par surdose, dont sont aujourd'hui victimes des personnes âgées de 39 ans en moyenne, tout comme la prévalence élevée des problèmes de santé physique et psychologique au sein de ce groupe. En outre, un accroissement global du nombre de décès liés aux drogues a été observé au cours de ces cinq dernières années, des augmentations ayant été signalées dans tous les groupes d'âge de plus de 30 ans. Sur le plan de l'offre, des indicateurs mettent en évidence une possible aggravation de la menace. La quantité d'héroïne saisie a augmenté, tandis que son degré de pureté reste relativement élevé et son prix relativement bas, ce qui tend à indiquer un niveau élevé de disponibilité dans de nombreuses régions d'Europe. Des laboratoires de transformation de l'héroïne ont également été récemment repérés dans certains pays de l'Union, ce qui constitue une évolution inquiétante.

Lutte contre l'hépatite virale

L'Europe s'est engagée à respecter le Programme international de développement durable à l'horizon 2030. Ce cadre politique mondial inclut la lutte contre l'hépatite virale. Au sein de l'Union européenne, cet aspect revêt une importance particulière pour les usagers de drogues par injection, car ce sont non seulement les personnes les plus touchées par la maladie, mais aussi celles qui courent le plus grand risque de transmission. Diminuer l'impact sur la santé de l'hépatite virale d'ici à 2030 dépendra donc du renforcement des mesures de prévention et de l'accès au dépistage et au traitement des hépatites B et C au sein de ce groupe.

Des stratégies de lutte contre l'hépatite sont désormais en place dans 17 pays de l'UE ainsi qu'en Norvège, et un nombre croissant de pays offrent un accès sans restriction à des médicaments antiviraux à action directe mieux tolérés et plus efficaces. Néanmoins, des efforts supplémentaires doivent être fournis. Le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) constitue un point de départ essentiel pour sa prise en charge efficace et aide à en prévenir la propagation. Les services de soins de proximité peuvent jouer un rôle important à cet égard. Toutefois, dans de nombreux pays, il n'existe ni politiques de dépistage efficaces ni orientations sanitaires appropriées. En outre, la question du traitement des usagers de drogues peut encore susciter des réticences chez les professionnels et les avantages que cet investissement en matière de soins présente, aussi bien pour les individus que pour l'ensemble de la communauté, ne sont pas

toujours reconnus. L'EMCDDA élabore des outils pour appuyer la mise en œuvre du traitement de l'hépatite virale dans les établissements de traitement de l'addiction. Il s'agit notamment d'une liste de contrôle pour détecter les obstacles à l'actualisation des dispositifs de dépistage et de traitement du VHC, d'un questionnaire visant à évaluer les connaissances du personnel des services concernés, ainsi que d'études de cas ayant valeur d'exemple, montrant en quoi des approches communautaires novatrices en matière de dépistage peuvent contribuer utilement à la lutte contre cette maladie.

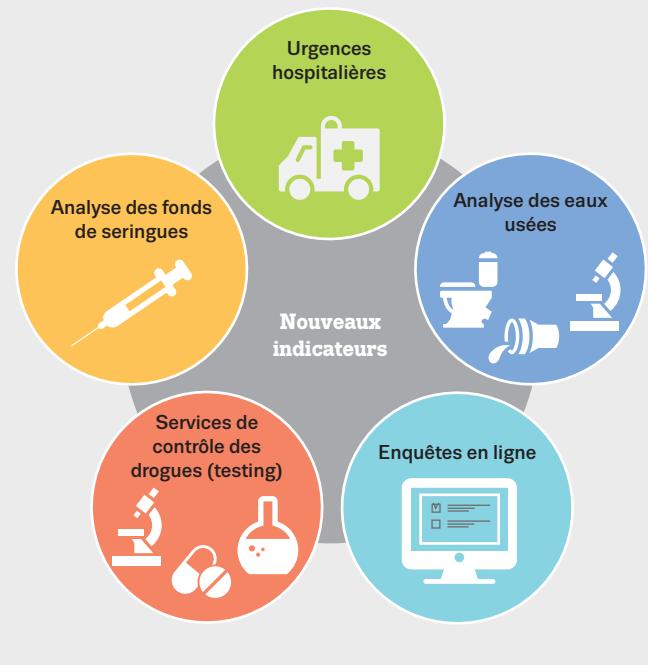
Les opioïdes de synthèse jouent maintenant un rôle plus important

Aux États-Unis et au Canada, l'actuelle épidémie est alimentée par l'usage d'opioïdes de synthèse, en particulier de dérivés du fentanyl. Ce n'est pas le cas en Europe, mais des préoccupations se font jour dans ce domaine. Environ 50 nouveaux opioïdes de synthèse ont été répertoriés par le système d'alerte précoce de l'Union européenne sur les nouvelles substances psychoactives. Bon nombre de ces substances sont associées à des intoxications graves et à des décès. Certaines d'entre elles, comme le carfentanil, ont une teneur en principe actif extrêmement élevée, ce qui signifie qu'elles peuvent faire l'objet d'un trafic en très petites quantités, difficiles à détecter mais pouvant équivaloir à plusieurs milliers de doses d'utilisation. En outre, les opioïdes de synthèse qui sont habituellement utilisés comme médicaments semblent jouer un rôle de plus en plus important dans le problème des drogues dans de nombreuses régions d'Europe. Il s'agit notamment de ceux utilisés aux fins des traitements de substitution et du soulagement de la douleur. Aujourd'hui, parmi les personnes qui entament un traitement pour usage de drogues en raison d'une affection liée aux opioïdes, une sur cinq déclare qu'un opioïde de synthèse, plutôt que l'héroïne, est la principale drogue qui lui pose problème. Ces drogues sont d'ailleurs de plus en plus souvent détectées dans les cas de surdose. Malgré cette menace, la capacité actuelle à cerner la disponibilité, l'utilisation et les conséquences des opioïdes de synthèse, ainsi qu'à en rendre compte, reste limitée. L'amélioration de la sensibilité des ressources documentaires dans ce domaine doit donc être considérée comme une priorité.

**L'Europe s'est engagée
à respecter le Programme
international de développement
durable à l'horizon 2030**

FIGURE 1

Nouveaux indicateurs pour compléter les sources de données existantes



Importance des sources de données toxicologiques et médico-légales

Rares sont les décès par surdose de drogue associés à la consommation d'une seule substance. Les pratiques actuelles en matière de consommation de drogues sont très variables, du fait du nombre croissant de substances apparaissant sur le marché et parce que les consommateurs font généralement usage (sciemment ou non) de plusieurs substances différentes. Cela signifie que, faute de données médico-légales et toxicologiques fiables, de nouvelles menaces sanitaires sont peut-être ignorées. En conséquence, le rôle des nouvelles substances psychoactives puissantes, telles que les dérivés du fentanyl, dans les décès par surdose risque de ne pas être pris en considération, surtout lorsqu'elles sont consommées en même temps que des drogues plus classiques comme l'héroïne. Certains États membres de l'UE, en particulier en Europe du Nord, ont investi dans l'amélioration de la disponibilité et de la fiabilité des données toxicologiques, ce qui permet à présent de mieux comprendre les tendances en matière de drogues et les menaces pour la santé. En Suède, par exemple, la mise en place d'un dépistage complet et l'accroissement de la sensibilité des tests ont permis de détecter deux fois plus de cas où le fentanyl était en cause parmi les prélèvements examinés dans le cadre de décès liés aux drogues. Toutefois, une étude récente de l'EMCDDA montre que tous les laboratoires n'ont pas la capacité de détecter les substances plus rares. Dans le cadre des enquêtes médico-légales et toxicologiques, il est essentiel de disposer de normes de référence; or, pour les nouvelles substances psychoactives, de telles normes n'existent pas dans de nombreux laboratoires. En outre, l'absence de recommandations européennes en matière de toxicologie médico-légale aux fins d'enquêtes sur les décès liés aux drogues entrave l'amélioration du suivi et des pratiques dans ce domaine. De manière plus générale, étant donné que les drogues de synthèse, tous types confondus, sont susceptibles de continuer à gagner en importance, il faudra investir davantage dans les sources de données toxicologiques et médico-légales.

Des outils de suivi innovants éclairent les tendances émergentes

Le Rapport européen sur les drogues s'appuie cette année sur une sélection de nouvelles sources de données ciblées. Si ces indicateurs «de pointe» ne sont pas représentatifs de la population générale et comportent d'autres limites, ils fournissent cependant des données utiles, opportunes et complémentaires qui apportent des informations pertinentes sur la consommation de drogues

en Europe (figure 1). Par exemple, l'analyse des eaux usées permet à présent d'obtenir un aperçu des volumes de drogues consommés au niveau local dans les villes européennes. L'un des avantages de cette source de données est que les informations peuvent être communiquées rapidement, permettant ainsi une éventuelle détection précoce de changements dans la consommation de drogues. C'est ce qu'illustrent les nouvelles données 2018, récemment publiées par le

groupe SCORE et l'EMCDDA, qui indiquent une plus grande diffusion géographique et une augmentation globale de la consommation de toutes les catégories de stimulants couramment utilisées.

Parmi les autres nouvelles sources de données exploitées dans le rapport cette année figure l'enquête européenne en ligne sur les drogues. À partir d'un échantillon d'usagers de drogues contactés en ligne, les résultats de cette enquête fournissent des renseignements sur leurs habitudes de consommation et d'achat des drogues illicites les plus couramment utilisées. Les informations provenant des services de *testing* des drogues, qui permettent aux personnes de faire analyser leurs drogues et de recevoir des informations sur leur contenu, sont également analysés ici afin d'apporter un éclairage sur la consommation de drogues dans des contextes récréatifs spécifiques.

Les données des urgences hospitalières concernant les problèmes aigus liés aux drogues peuvent permettre de mieux comprendre l'incidence sur la santé publique de la consommation de drogues en Europe. Les passages aux urgences hospitalières pour toxicité aiguë liée aux drogues sont enregistrées par le *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN Plus – Réseau européen des urgences liées aux drogues) via son réseau dans 18 pays européens. Les résultats de cette année illustrent la manière dont les drogues à l'origine des passages aux urgences peuvent varier en Europe. Par exemple, les stimulants ont été associés à un grand nombre de situations d'urgence, mais les passages imputables aux amphétamines ont été plus fréquents dans le nord et dans l'est de l'Europe, alors que dans les pays du sud et de l'ouest, le principal stimulant en cause était la cocaïne.

La place que les stimulants peuvent occuper dans l'usage de drogues injectables transparaît également dans une nouvelle étude pilote qui a permis d'analyser les résidus de drogues extraits de seringues usagées recueillies dans des sites d'échange de seringues de cinq villes européennes. Dans tous ces sites sauf un, les stimulants étaient la substance la plus fréquemment détectée. La moitié des seringues analysées contenaient des traces de deux drogues ou plus, l'association la plus fréquente étant un mélange de stimulant et d'opioïde. Ces nouvelles sources d'information offrent la possibilité de corroborer et de compléter les sources de données existantes en améliorant notre connaissance des modes de consommation de drogues moins bien observés.

Le marché de la cocaïne en Europe continue de croître

Les données actuelles sur la cocaïne montrent que le nombre et les volumes saisis n'ont jamais été aussi importants. La cocaïne entre en Europe par de nombreux itinéraires et moyens de transport, mais la croissance du trafic de gros volumes via les grands ports au moyen de conteneurs est frappante. Les niveaux estimés de pureté de la cocaïne vendue au détail sont les plus élevés qui aient été observés au cours de la décennie, ce qui tend également à indiquer une disponibilité accrue de cette drogue. Une réorganisation de la chaîne d'approvisionnement en cocaïne et des acteurs impliqués est apparue au niveau intermédiaire et lors de la vente au détail, d'où ont émergé des structures organisationnelles fragmentées, plus souples et plus horizontales. Des groupes plus petits sont entrés sur le marché en utilisant toute une gamme de technologies de l'information telles que le cryptage, les sites de vente du darknet, les médias sociaux pour les transactions et les cryptomonnaies. Sur ce marché concurrentiel les stratégies de distribution novatrices, comme les centres d'appel spécialisés en cocaïne, témoignent de l'esprit d'entreprise. D'une certaine manière ces nouvelles méthodes s'apparentent aux bouleversements observés dans d'autres secteurs, facilité par l'utilisation courante des smartphones: une «ubérisation» potentielle du commerce de la cocaïne, marché concurrentiel dans lequel les vendeurs rivalisent en offrant des services supplémentaires, tels que des options de livraison rapides et flexibles.

Cocaïne: des risques sanitaires plus manifestes

Il est particulièrement difficile d'estimer la prévalence de l'usage problématique de cocaïne, car cette drogue est moins visible dans les indicateurs établis, qui tendent à être davantage axés sur les problèmes liés aux opioïdes. Néanmoins, certains signes indiquent que la disponibilité accrue de la cocaïne entraîne une hausse des coûts de santé. Bien que relativement faible, le nombre de nouveaux patients admis en traitement pour des problèmes liés à la cocaïne, a augmenté depuis 2014 de

**Il est particulièrement difficile
d'estimer la prévalence
de l'usage problématique
de cocaïne**

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

Cannabis



Adultes (15-64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **24,7 millions**
7,4 % Consommation au cours de la vie **91,2 millions**
27,4 %



Jeunes adultes (15-34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **17,5 millions**
14,4 % Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée



Cocaïne



Adultes (15-64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **3,9 millions**
1,2 % Consommation au cours de la vie **18 millions**
5,4 %



Jeunes adultes (15-34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **2,6 millions**
2,1 % Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée



MDMA/ecstasy



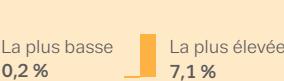
Adultes (15-64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **2,6 millions**
0,8 % Consommation au cours de la vie **13,7 millions**
4,1 %



Jeunes adultes (15-34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **2,1 millions**
1,7 % Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée



Amphétamines



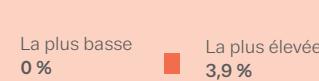
Adultes (15-64 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **1,7 millions**
0,5 % Consommation au cours de la vie **12,4 millions**
3,7 %



Jeunes adultes (15-34 ans)

Consommation au cours de l'année écoulée **1,2 millions**
1 % Estimations nationales de consommation au cours de l'année écoulée



Opioides



Usagers problématiques d'opioïdes **1,3 millions**

654 000 usagers d'opioïdes ont reçu un traitement de substitution en 2017

Demandes de traitement

Les opioïdes sont à l'origine de près de 35 % de l'ensemble des demandes de traitement dans l'Union européenne



Surdoses mortelles



Des opioïdes sont impliqués dans 85 % des surdoses mortelles

plus de 35 %, sachant qu'environ deux tiers des pays ont enregistré une augmentation en la matière. Dans certains pays, la cocaïne a été associée à une hausse récente du nombre de décès liés aux drogues. Au sein des régions d'Europe où elle constitue le principal stimulant, cette drogue est souvent détectée en même temps que des opioïdes dans les cas de décès par surdose. En outre, il se peut que le rôle joué par la cocaïne dans les décès liés à des maladies cardiovasculaires puisse être passé inaperçu. Lorsque des données sont disponibles, elles montrent une augmentation globale des passages aux urgences liés à la cocaïne, qui est la substance illicite la plus fréquemment signalée dans l'étude Euro-DEN portant sur 18 pays. De la cocaïne a également été trouvée dans au moins un quart des seringues testées pour trois des cinq villes participant à un exercice pilote sur l'utilité de l'analyse des fonds de seringues pour cartographier les tendances de consommation de drogues par injection. Ces nouvelles données disponibles suggèrent également une extension de l'usage du crack, forme fumable de cette drogue particulièrement associée aux usages problématiques. Depuis 2014, des augmentations du nombre de consommateurs de crack admis en traitement ont été enregistrées en Belgique, en Irlande, en France, en Italie, au Portugal, ainsi qu'au Royaume-Uni, pays européen le plus associé à la consommation de crack.

Les données scientifiquement validées disponibles à l'appui de ce qui constitue des services efficaces pour les usagers de cocaïne restent relativement fragiles et les programmes ciblés pour ces usagers sont actuellement limités en Europe. Cette situation commence à évoluer, certains pays mettant désormais en place des interventions plus spécialisées en matière de réduction des risques. Dans l'ensemble, cependant, comme les besoins dans ce domaine semblent s'accroître, il devient urgent d'investir dans l'élaboration et l'évaluation de tous types d'interventions, mais surtout de modèles de traitement effectif, afin que les services soient mieux à même de tendre efficacement la main à ce groupe de patients.

Rôle international de l'Europe dans la production de drogues de synthèse

Bien que la production de drogues de synthèse en Europe soit difficile à observer, elle semble croître, se diversifier et devenir plus innovante. Cette expansion est attestée par des données récentes qui font état d'une augmentation des saisies de précurseurs chimiques. Le rapport de l'EMCDDA et d'Europol sur les marchés européens des stupéfiants, qui sera publié à la fin de l'année 2019, fournira une analyse approfondie de ces évolutions. La

détection de laboratoires de production, les sites où les déchets sont déversés, la teneur en principe actif et la variété des drogues de synthèse disponibles sur le marché européen constituent des préoccupations majeures dans ce domaine.

Par ailleurs les signes attestant de l'importance de l'Europe sur le marché mondial des drogues de synthèse se multiplient aujourd'hui. Ces indices incluent les importantes saisies de diverses substances aux frontières de l'Union européenne, le fait que les quantités de MDMA saisies en Turquie sont désormais supérieures à celles saisies dans l'ensemble de l'Union, ainsi que la détection d'installations en Europe produisant de la méthamphétamine et d'autres drogues de synthèse destinées à l'exportation. L'infrastructure permettant la circulation rapide des marchandises d'un pays à l'autre est de plus en plus mobilisée pour faciliter le trafic de drogues réglementées, de nouvelles substances psychoactives, de précurseurs et d'autres produits chimiques nécessaires à la production de drogues dans l'Union européenne. La même infrastructure sert aussi parfois au trafic de drogues de synthèse (en particulier la MDMA, mais aussi d'autres substances) vers des pays tiers.

La production de drogues de synthèse semble également jouer un rôle moteur dans le développement de la consommation de méthamphétamine dans de nouveaux pays au sein de l'Union. À l'échelle mondiale, la méthamphétamine constitue le plus grand défi dans le domaine des drogues de synthèse. En Europe, son usage s'est concentré dans quelques pays de longue date confrontés à des problèmes. C'est encore largement le cas aujourd'hui, mais malgré le foisonnement d'autres stimulants, d'après l'analyse des résidus des eaux usées, cette drogue commence à se diffuser dans de nouveaux pays. Les détections en laboratoire indiquent également une certaine augmentation de la production et de la production destinée aux marchés extérieurs à l'Union européenne.

Cannabis: nouveaux développements concernant la principale drogue en Europe

Le cannabis fait partie des drogues qui se sont imposées depuis le plus longtemps en Europe. C'est la drogue illicite la plus couramment utilisée, près de 20 % des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année écoulée. À l'échelle internationale comme en Europe, l'usage du cannabis reste un sujet qui suscite un grand intérêt politique et public, en raison des changements qui s'opèrent, amorçant un débat sur

l'attitude que la société devrait adopter à l'égard de cette substance.

La valeur thérapeutique du cannabis est actuellement questionnée, de même que les préparations à base de cannabis et les médicaments dérivés de la plante en question. Certains pays ont légalisé le cannabis, ce qui a donné lieu à une réflexion sur les coûts et les avantages des différentes mesures de réglementation et de contrôle. Il s'agit d'un domaine complexe. En Europe, où d'importantes ressources policières sont consacrées au contrôle du cannabis, plus de la moitié des 1,2 million d'infractions pour consommation de stupéfiants ou pour détention de stupéfiants destinés à un usage personnel signalées en 2017 concernaient le cannabis. Une implication dans le marché du cannabis peut également être un moteur de la délinquance juvénile et une source importante de revenus pour la criminalité organisée. Par ailleurs, les risques potentiels pour la santé liés à la consommation de cannabis, en particulier chez les jeunes, sont mieux connus. Le cannabis est maintenant la substance que les nouveaux patients admis dans les services spécialisés de traitement pour usage de drogues citent le plus souvent comme la principale raison pour laquelle ils cherchent à se faire aider. Ce constat est préoccupant, car ces dernières années, l'EMCDDA avait généralement constaté que les tendances relatives au cannabis restaient globalement stables. Or, cette situation est à présent remise en question par de nouvelles données, selon lesquelles un certain nombre de pays font état d'une utilisation accrue chez les plus jeunes.

Pour ajouter à cette complexité, de nouvelles formes de cannabis ont été élaborées ces dernières années résultant des avancées réalisées en matière de techniques de culture, d'extraction et de production. Des plants hybrides à plusieurs souches produisant un cannabis à la teneur en principe actif plus élevée ont commencé à remplacer les variétés classiques en Europe et au Maroc, d'où provient la plus grande partie de la résine de cannabis consommé en Europe. Une récente étude réalisée avec le soutien de l'EMCDDA montre que la teneur en principe actif de la résine aussi bien que de l'herbe de cannabis a augmenté au cours de ces dix dernières années. La mise en place de marchés légaux de cannabis à des fins récréatives, dans les pays où cette drogue a été légalisée, stimule également l'innovation, avec l'élaboration de nouveaux dérivés du cannabis tels que des produits comestibles, les e-liquides (pour cigarettes électroniques) et les concentrés. Certains d'entre eux apparaissent aujourd'hui sur le marché européen, où ils posent un nouveau défi pour la détection et le contrôle des drogues.

En écho à la dynamique et à la complexité des politiques relatives au cannabis, l'EMCDDA a lancé une nouvelle série de publications qui présentent des études de données validées et des analyses relatives à ce domaine. Elles incluent notamment un aperçu de l'évolution de l'offre de cannabis à des fins médicales dans l'Union européenne. En la matière, l'absence d'une compréhension commune de la notion de cannabis médical fait obstacle à tout débat éclairé. À cette difficulté s'ajoute celle posée par la diversité des produits disponibles, qui peuvent aller des médicaments contenant des composés de la plante de cannabis aux préparations à base de cannabis brut.

Les dérivés du cannabis à faible teneur en THC soulèvent des problèmes de réglementation

Un autre exemple de l'évolution rapide de la situation en ce qui concerne le cannabis est l'apparition, au cours de ces deux dernières années, d'herbe et d'huiles de cannabis à faible concentration vendues dans des magasins d'alimentation diététique ou des magasins spécialisés au sein de certains pays de l'UE. Cette commercialisation se fonde sur l'allégation selon laquelle l'effet d'intoxication de ces produits est limité, voire nul, d'où le fait qu'ils ne sont pas soumis à la législation antistupéfiants. Le cannabis contient de nombreux composés différents, mais deux cannabinoïdes, à savoir le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD), retiennent particulièrement l'attention. Le THC, principale substance présente dans le cannabis, est responsable de ses effets psychoactifs. Les produits contenant du CBD sont de plus en plus commercialisés, sous couvert des effets bénéfiques que d'aucuns leur attribuent. Une publication récente de l'EMCDDA aborde la question complexe et évolutive des preuves en faveur de l'utilisation du THC et du CBD à des fins thérapeutiques. Les nouveaux produits auraient une teneur en THC inférieure à 0,2 % ou à 0,3 % et se classent globalement en deux catégories: l'une destinée aux fumeurs de cannabis et l'autre – des préparations comme les huiles et les crèmes – destinée aux personnes intéressées par d'éventuelles utilisations thérapeutiques. Si certains États membres de l'UE considèrent les produits à faible teneur en THC comme des extraits de cannabis pouvant donner lieu à des sanctions pénales, d'autres y voient des médicaments ne pouvant être vendus sans autorisation, tandis que quelques-uns les classent parmi les produits qui ne constituent pas une menace pour la santé publique et ne nécessitent donc pas d'autorisation pour être commercialisés. Cette évolution soulève des questions de réglementation tant au niveau de l'UE qu'au niveau national.

Exploiter le passage au numérique au profit de la santé

Les jeunes constituent un groupe cible important pour de nombreuses interventions en matière de drogues. Il s'agit probablement de la partie de la population qui maîtrise le mieux les technologies de l'information et de la communication et qui est la plus ouverte à leur utilisation dans de nombreux domaines de la vie courante. Ce groupe est aussi certainement le plus enclin à en accepter l'utilisation et à en bénéficier pour des actions de prévention et de traitement de l'addiction, ainsi que de réduction des risques. Le rapport de cette année passe en revue un certain nombre de nouveautés dans le secteur de la santé connectée (m-health), qui visent à traiter un large éventail de questions, allant de l'accès aux services à la formation professionnelle des personnes qui travaillent dans le domaine des drogues. Les nouveautés en question exploitent des ressources en ligne et des applications mobiles, et certaines approches innovantes récentes explorent les modalités selon lesquelles la réalité virtuelle peut, par exemple, être utilisée dans le traitement de l'addiction, en aidant les patients à développer une résistance à la rechute ou à réduire leur état de manque. Une mise en garde importante s'impose ici, car les nouvelles applications dans ce domaine ne s'accompagnent pas toujours de normes de qualité rigoureuses, de règles en matière de protection des données et d'évaluation scientifique. Comme dans tous les autres domaines des soins de santé, il s'agit là d'éléments essentiels pour que les atouts potentiels de ces nouvelles technologies soient effectivement mis à profit dans le cadre des interventions en matière de drogues.

Renforcement du système d'alerte précoce de l'Union européenne et de l'évaluation des risques relatifs aux nouvelles substances psychoactives

En 2018, de nouvelles substances psychoactives ont été répertoriées par le système connexe d'alerte précoce de l'Union européenne, à raison d'une par semaine environ. Le nombre de nouvelles drogues détectées en 2018, soit 55, est similaire à celui de 2017, mais bien inférieur à ceux de 2013 et 2014. Ce pourrait être le signe d'un recul de l'innovation dans ce domaine. Cependant, un nombre important de substances déjà repérées apparaissent encore chaque année sur le marché européen des drogues, indiquant qu'elles sont susceptibles de se maintenir sur le marché au fil du temps. Des changements s'opèrent également en ce qui concerne les types de substances observées, laissant à penser que ces nouvelles substances psychoactives ciblent de plus en plus les personnes dont la consommation de drogues est

chronique et plus problématique. Par exemple, davantage d'opioïdes de synthèse et de benzodiazépines font à présent leur apparition alors que le système d'alerte précoce de l'UE sur les nouvelles substances psychoactives continue de recevoir des signalements pour un large éventail de substances.

L'alerte précoce et l'évaluation des risques sont essentielles à l'action de l'Europe en réponse aux évolutions que connaît le secteur des nouvelles substances psychoactives. En 2018, le système européen a été remanié afin de renforcer et d'accélérer la capacité de l'Union à détecter et à évaluer les menaces sanitaires et sociales posées par les nouvelles drogues, et pour y faire face. Cette réorganisation prévoit non seulement un dispositif d'alerte rapide dans toute l'Europe, mais également la possibilité d'évaluer les risques et de contrôler les substances plus rapidement au niveau européen. En outre, les changements apportés renforcent le réseau qui soutient l'EMCDDA et Europol dans ce travail, au moyen d'accords de travail formels désormais en place, conclus entre l'EMCDDA et l'Agence européenne des médicaments (EMA), l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA).

**Les jeunes constituent
un groupe cible important
pour de nombreuses
interventions en matière
de drogues**

1

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

L'offre de drogues et le marché

Dans le contexte mondial, l'Europe représente un marché important pour les drogues, soutenu à la fois par une production domestique et par des trafics en provenance d'autres régions du monde. L'Amérique du Sud, l'Asie occidentale et l'Afrique du Nord sont des régions productrices majeures des drogues illicites qui entrent en Europe, tandis que la Chine est un important pays producteur de nouvelles substances psychoactives. En outre, certaines drogues et certains précurseurs transitent par l'Europe avant d'être acheminés vers d'autres continents. L'Europe est aussi une région productrice de cannabis et de drogues de synthèse, le cannabis étant essentiellement produit pour la consommation locale, tandis que certaines drogues de synthèse sont fabriquées en vue d'être exportées vers d'autres régions du monde.

Suivi des marchés des drogues, de l'offre et des législations

L'analyse présentée dans ce chapitre s'appuie sur les données communiquées relatives aux saisies de drogues et de précurseurs de drogues, à l'interception de cargaisons, au démantèlement d'unités de production, aux législations antidrogues, aux infractions liées aux drogues, aux prix de détail des substances, à leur pureté et à leur teneur en principe actif. Dans certains cas, l'absence de données sur les saisies pour des pays clés rend l'analyse des tendances difficile. Divers facteurs peuvent influencer les tendances, au nombre desquels figurent les préférences des consommateurs, les évolutions de la production et du trafic, les niveaux d'activité et les priorités des services répressifs et l'efficacité des mesures d'interdiction. Des séries de données complètes et des notes méthodologiques sont disponibles dans le [bulletin statistique](#) en ligne.

Ce chapitre présente également les données relatives aux signalements et aux saisies de nouvelles substances psychoactives notifiés au système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne par les partenaires nationaux de l'EMCDDA et d'Europol. Ces informations étant extraites de rapports spécifiques plutôt que de systèmes d'observation régulière, les estimations basées sur les saisies représentent un niveau minimum. Une description complète du système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives est disponible sur le [site web](#) de l'EMCDDA.

FIGURE 1.1

Pour le cannabis, l'héroïne et les amphétamines, des marchés conséquents existent dans de nombreux pays européens depuis les années 1970 et 1980. Au fil du temps, d'autres substances se sont imposées, dont la MDMA et la cocaïne dans les années 1990. Le marché européen des drogues continue d'évoluer, notamment avec l'apparition d'une vaste palette de nouvelles substances psychoactives au cours de ces dix dernières années. Au nombre des changements récemment intervenus sur le marché des drogues illicites, largement liés à la mondialisation et aux nouvelles technologies, figurent les innovations en matière de production de drogues et de méthodes de trafic, l'ouverture de nouveaux itinéraires de trafic et la progression des marchés en ligne.

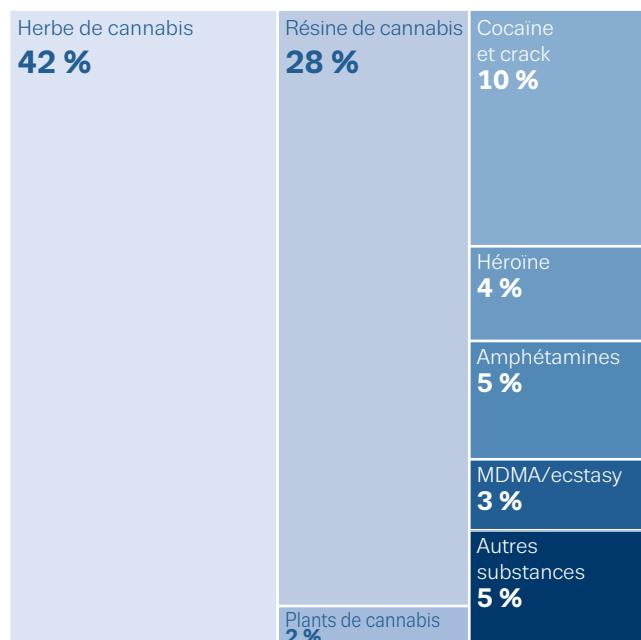
Les marchés des drogues illicites en Europe: des marchés complexes et ramifiés

Les marchés des drogues illicites englobent un ensemble complexe d'activités interdépendantes, incluant la production, le trafic, la distribution et la vente au consommateur final. Ils couvrent de grandes distances géographiques. Différents acteurs peuvent être impliqués dans les diverses étapes, mais les groupes criminels organisés jouent un rôle prépondérant dans le trafic de drogues illicites, qui représente chaque année des milliards d'euros.

Au niveau de la vente au détail, les transactions s'effectuent encore principalement par contact direct entre fournisseurs et consommateurs. Toutefois, les technologies mobiles et le cryptage sont de plus en plus exploités par les réseaux de trafic de drogues. Les plateformes de vente en ligne de drogues illicites constituent encore une composante relativement mineure du marché global, mais ont pris de l'ampleur au cours de ces dernières années. Les marchés en ligne se trouvent soit sur le web de surface (la partie indexée ou accessible par les moteurs de recherche), notamment via des boutiques en ligne ou des plateformes de médias sociaux, soit sur le «darknet» (réseau crypté, nécessitant des outils spéciaux pour y accéder), où vendeurs et acheteurs peuvent dissimuler leur identité.

Depuis l'apparition des marchés en ligne anonymes en 2010, plus d'une centaine de marchés du darknet d'envergure mondiale ont existé à différents moments. En juillet 2017, AlphaBay, le plus grand marché à avoir existé jusqu'à présent, a été démantelé dans le cadre d'une opération policière internationale, qui a par ailleurs mis fin à un autre grand site appelé Hansa Market. Cette opération de répression a pu ébranler la confiance des consommateurs à l'égard de la sécurité de ces marchés.

Nombre de saisies de drogue déclarées, ventilées par drogue, en 2017



Néanmoins, une analyse réalisée par l'EMCDDA et Europol montre qu'un an après cette action répressive, les recettes et les volumes des échanges liés aux ventes de stupéfiants sur l'ensemble du darknet avaient retrouvé leur niveau initial.

Plus d'un million de saisies de drogues illicites

Les saisies de drogues illicites par les services répressifs constituent un indicateur important des marchés des stupéfiants, avec plus de 1,1 million de saisies de drogues illicites signalées en 2017 en Europe. Dans la plupart des cas, il s'agit de petites quantités confisquées à des usagers. Toutefois, un petit nombre de colis de plusieurs kilogrammes représentent la majeure partie de la quantité totale saisie. Les trois pays à déclarer le plus grand nombre de saisies sont l'Espagne, le Royaume-Uni et la France, représentant ensemble plus de deux tiers de toutes les saisies dans l'Union européenne. Cependant, aucune donnée sur le nombre de saisies n'est disponible pour les Pays-Bas et les données les plus récentes pour l'Allemagne et la Slovénie remontent à 2015, ce qui ajoute une part d'incertitude à cette analyse. La plupart des saisies effectuées en Europe (plus des trois quarts d'entre elles) concernent le cannabis (figure 1.1).

Cannabis: augmentation des saisies et des teneurs en principe actif, stabilité des prix

L'herbe de cannabis (marijuana) et la résine de cannabis (haschisch) sont les deux principaux dérivés du cannabis présents sur le marché européen des drogues. L'huile de cannabis est relativement rare, quoique d'importantes saisies en vrac aient été signalées ces dernières années. L'herbe de cannabis consommée en Europe est principalement cultivée au sein des frontières du continent, bien qu'une partie soit acheminée illégalement au départ de pays extérieurs. L'herbe de cannabis produite en Europe est principalement cultivée en intérieur (*indoors*). La résine de cannabis est principalement importée du Maroc, la Libye devenant une plaque tournante importante pour ce trafic. Une production de résine dans l'Union européenne commence à être signalée, tandis que la production de «nederhash» est consignée depuis un certain nombre d'années aux

Pays-Bas. Enfin, les Balkans occidentaux constituent une source à la fois pour l'herbe de cannabis et (plus récemment) pour l'huile de cannabis.

En 2017, les États membres de l'UE ont déclaré 782 000 saisies de dérivés du cannabis, dont 440 000 saisies d'herbe de cannabis, 311 000 de résine de cannabis et 22 700 de plants de cannabis. Depuis 2009, le nombre de saisies d'herbe de cannabis en Europe dépasse celui des saisies de résine. Néanmoins, la quantité de résine de cannabis saisie correspond à plus du double de la quantité d'herbe de cannabis saisie (466 tonnes contre 209). Ceci est dû en partie au fait que la résine de cannabis fait l'objet d'un trafic en quantités plus importantes au niveau des frontières nationales, ce qui en favorise l'interception. En raison de sa proximité avec le Maroc, l'Espagne occupe une place particulièrement importante pour ce qui est des quantités de résine de cannabis saisies, qui représentent près des

CANNABIS



RÉSINE

Saisies

Nombre

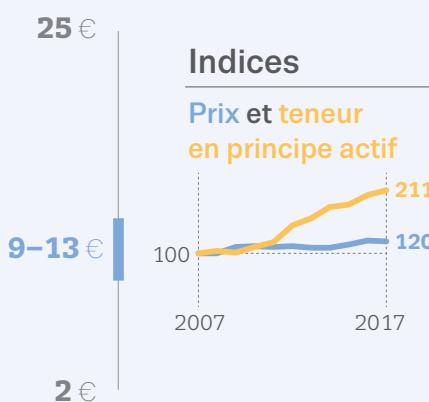
311 000 UE **329 000** UE + 2

Quantités

466 UE **TONNES** **550** UE + 2

Prix

(EUR/g)



Teneur

(% THC)

HERBE

Saisies

Nombre

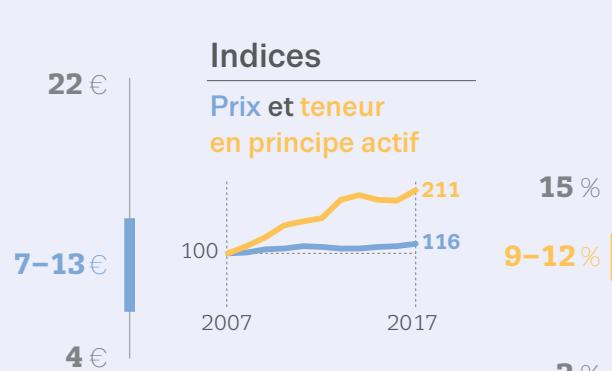
440 000 UE **486 000** UE + 2

Quantités

209 UE **TONNES** **304** UE + 2

Prix

(EUR/g)



Teneur

(% THC)

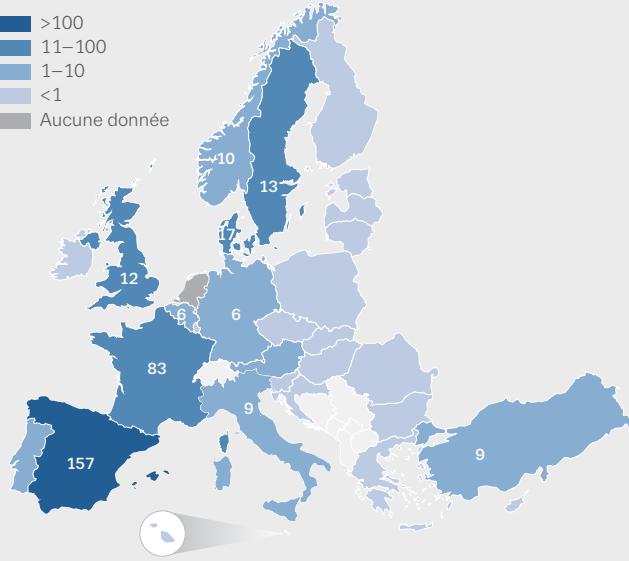
UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et teneur des dérivés du cannabis: valeurs moyennes nationales — minimale, maximale et écart interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur.

FIGURE 1.2

Saisies de résine et d'herbe de cannabis, données 2017 ou de l'année la plus récente disponible

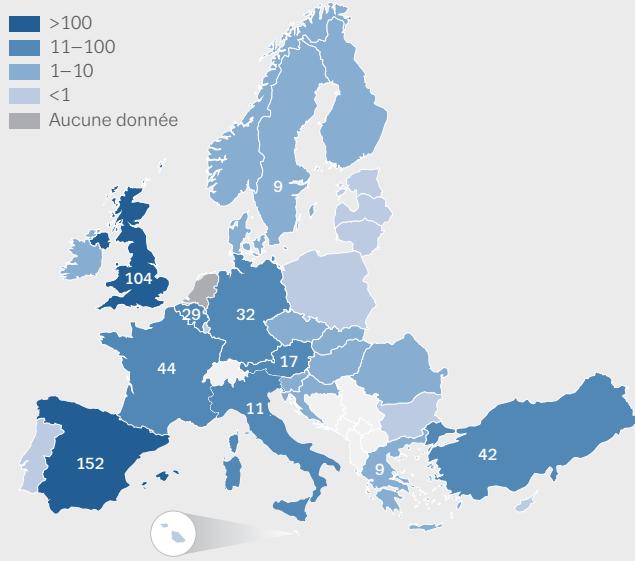
Nombre de saisies de résine de cannabis (en milliers)

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



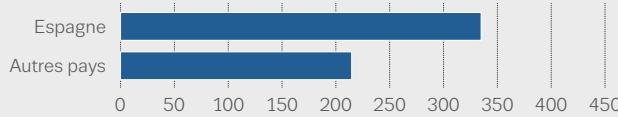
Nombre de saisies d'herbe de cannabis (en milliers)

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

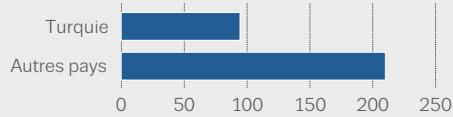


N.B.: nombre de saisies dans les dix pays ayant enregistré les valeurs les plus élevées.

Quantité de résine de cannabis saisie (en tonnes)



Quantité d'herbe de cannabis saisie (en tonnes)



trois quarts (72 %) de la quantité totale saisie dans l'Union européenne en 2017 (figure 1.2).

Les nombres de saisies de cannabis signalées dans l'Union, tant sous forme de résine que sous forme d'herbe, sont relativement stables depuis 2012 (figure 1.3). Toutefois, après une baisse en 2015, la quantité d'herbe de cannabis saisie a augmenté dans de nombreux pays. La hausse globale constatée entre 2016 et 2017 est principalement due à des augmentations significatives signalées en Grèce, en Espagne et surtout en Italie. Depuis 2009, chaque année, la Turquie a saisi davantage d'herbe de cannabis que tout autre pays de l'UE, mais en 2017, la quantité d'herbe de cannabis saisie en Italie était presque égale à celle saisie en Turquie. En outre, un certain nombre de pays qui saisissent généralement de petites quantités d'herbe de cannabis ont également enregistré des augmentations considérables en 2017. En Hongrie, par exemple, la quantité saisie était sept fois supérieure à celle de l'année précédente (plus de 3,5 tonnes en 2017 contre 0,5 tonne en 2016).

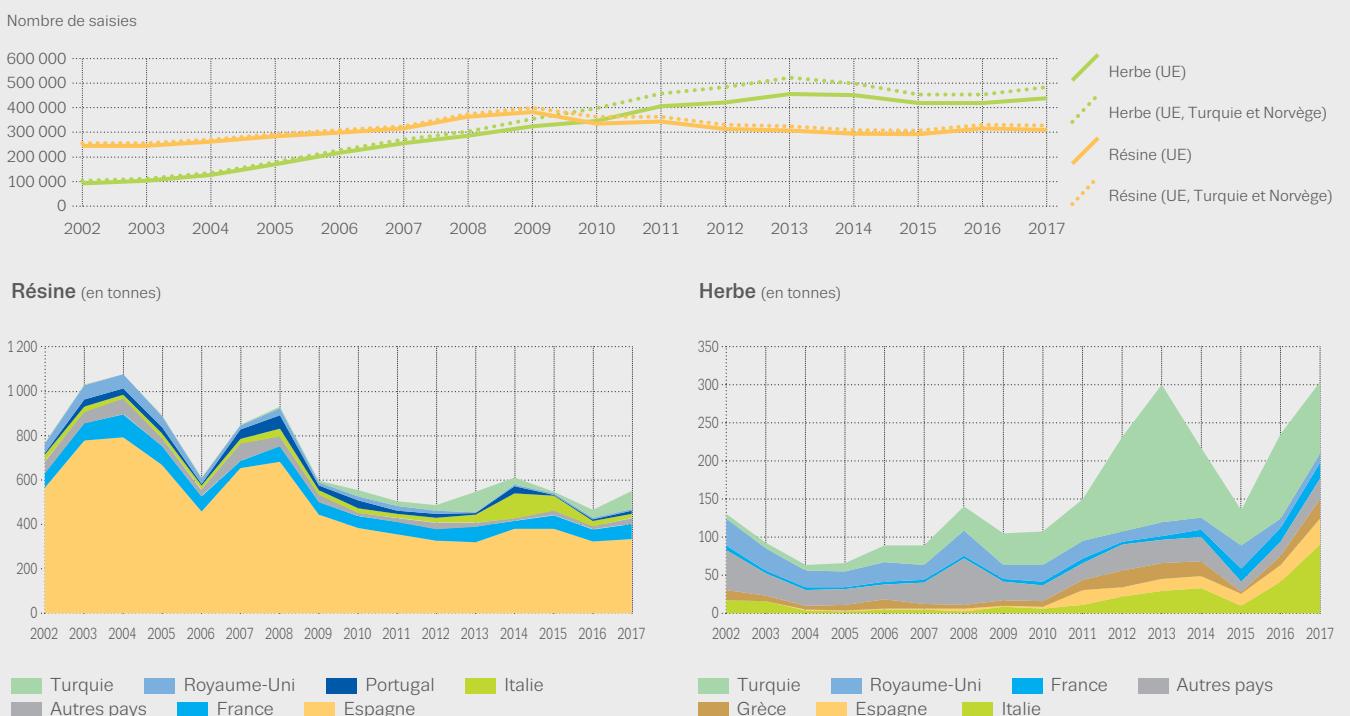
Les saisies de plants de cannabis peuvent être considérées comme un indicateur de la production de cette drogue dans un pays. Toutefois, compte tenu des

différences entre les pays, tant sur le plan des priorités en matière de répression que des pratiques de déclaration, les données doivent être interprétées avec prudence. Le nombre de plants saisis en Europe a atteint un niveau record avec 7 millions en 2012 du fait de l'interdiction intensive aux Pays-Bas cette année-là, avant de chuter à 2,5 millions de plants en 2015, puis de remonter à 3,4 millions de plants en 2017. En 2017, les pays européens ont déclaré 490 saisies d'huile de cannabis, la Turquie (50 litres en 3 saisies) et la Grèce (12 kg en 37 saisies) ayant comptabilisé les quantités les plus importantes.

L'analyse des tendances parmi les pays qui communiquent régulièrement des données relatives aux prix et à la teneur en principe actif montre une augmentation de ladite teneur pour l'herbe comme pour la résine de cannabis depuis 2007. Celle de la résine n'a pas cessé d'augmenter depuis 2009. L'augmentation de la teneur moyenne en principe actif de la résine s'explique probablement par l'introduction de variétés à forte teneur et de nouvelles techniques de production au Maroc et, dans une moindre mesure, par l'utilisation accrue en Europe de techniques d'extraction de résine qui permettent d'obtenir des produits plus concentrés. La

FIGURE 1.3

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



teneur moyenne en principe actif de l'herbe de cannabis a augmenté en 2017, après une période de stabilité entre 2013 et 2016. Toutefois, il reste à déterminer si cette augmentation récente marque le début d'une nouvelle tendance. Les données indiquent que le prix de vente au gramme est similaire pour la résine et l'herbe de cannabis, et que les prix sont restés stables depuis 2009 environ.

Disponibilité de dérivés du cannabis à faible teneur en THC

Depuis 2017, de l'herbe et des huiles de cannabis sont en vente libre dans des magasins d'alimentation diététique ou des magasins spécialisés au sein de plusieurs pays de l'UE. Cette commercialisation se fonde sur l'allégation selon laquelle l'effet d'intoxication de ces produits est limité, voire nul, d'où le fait qu'ils ne sont pas soumis à la législation antistupéfiants.

L'herbe de cannabis et ses extraits sont connus pour les deux cannabinoïdes que sont le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD). Le THC peut entraîner des effets grisants, tandis que le CBD est associé à des bienfaits pour la santé, bien qu'à l'heure actuelle, il existe peu de données scientifiquement validées pour la plupart des pathologies qui ont été étudiées. Le pourcentage de chacun de ces cannabinoïdes peut varier considérablement dans les plants de cannabis. La

politique agricole commune de l'UE subventionne la culture de certaines variétés de chanvre à des fins industrielles, à condition que leur teneur en THC ne dépasse pas 0,2 % (il s'agit d'une limite initialement destinée à distinguer les variétés de plantes, et non d'un profil d'innocuité pour la consommation humaine). Au niveau national, les limites peuvent être comprises entre 0 % et 0,3 %.

Ces nouveaux produits auraient une teneur en THC inférieure à 0,2 % ou à 0,3 % et semblent se classer globalement en deux catégories, qui peuvent se recouper. La première est commercialisée en tant que cannabis «légal» auprès des consommateurs de cannabis illicite, sous des formes habituellement associées à l'acte de fumer. La commercialisation de la seconde, souvent sous forme d'huiles ou de crèmes, est assortie de connotations relatives à la «santé» et au «bien-être», mettant l'accent sur la teneur en CBD. Ces catégories transparaissent également dans le type et le design de leurs points de vente. Dans la mesure où aucune norme reconnue n'a été établie pour tester ces produits, les teneurs en THC et en CBD peuvent différer de celles indiquées sur les étiquettes ou sur les «résultats de tests» éventuellement présentés avec le produit.

Héroïne: les quantités saisies augmentent

L'héroïne est l'opioïde le plus répandu sur le marché européen des drogues. Historiquement, deux formes d'héroïne importée sont disponibles en Europe, la plus courante étant l'héroïne brune (forme chimique «base»), produite essentiellement à partir de morphine extraite de pavots cultivés en Afghanistan. L'héroïne blanche (forme chlorhydrate), beaucoup plus rare et qui provenait d'Asie du Sud-Est dans le passé, peut désormais être également produite en Afghanistan ou dans les pays voisins. Les autres opioïdes disponibles sur les marchés illicites en Europe incluent l'opium et des médicaments: morphine, méthadone, buprénorphine haut dosage, tramadol et divers dérivés du fentanyl. Certains de ces opioïdes peuvent être détournés du système de distribution pharmaceutique légal, tandis que d'autres sont produits de façon illicite.

L'Afghanistan reste le premier producteur d'opium illicite au monde. On estime que la majeure partie de l'héroïne consommée en Europe est fabriquée dans ce pays ou en Iran et au Pakistan voisins. Jusqu'à récemment, la production d'opioïdes illicites en Europe se limitait aux produits artisanaux à base de pavot élaborés dans certains pays orientaux. La découverte, ces dernières années, de laboratoires produisant de l'héroïne à partir de morphine au moyen d'anhydride acétique en Bulgarie, en Tchéquie, en Espagne et aux Pays-Bas, ainsi que l'augmentation des saisies de morphine et d'opium, donnent à penser que l'héroïne est désormais produite plus près des marchés de consommation en Europe. Ce changement peut traduire la volonté des fournisseurs de réduire les coûts en réalisant

eux-mêmes les dernières étapes de la production d'héroïne en Europe, où des précurseurs comme l'anhydride acétique sont meilleur marché que dans les pays producteurs d'opium. La fabrication de la drogue à proximité du marché de consommation peut aussi avoir pour objectif de réduire les risques liés aux interdictions.

Il existe quatre voies d'acheminement de l'héroïne en Europe, les deux plus importantes étant la «route des Balkans» et la «route du Sud». Le premier et le principal itinéraire passe par la Turquie pour arriver dans les pays des Balkans (Bulgarie, Roumanie ou Grèce) et continue vers l'Europe centrale, méridionale et occidentale. Une ramifications de la route des Balkans impliquant la Syrie et l'Irak a aussi fait son apparition. Quant à la route du Sud, que des cargaisons provenant d'Iran ou du Pakistan empruntent pour pénétrer en Europe par avion ou par bateau, soit directement, soit en transitant par l'Afrique, elle a gagné en importance ces dernières années. La «route du Nord», de l'Afghanistan à la Russie en passant par l'Asie centrale, ainsi qu'une voie traversant le sud du Caucase et la mer Noire figurent parmi les autres itinéraires.

Une période de disponibilité réduite de l'héroïne a été observée dans un certain nombre de pays européens vers 2010/2011, accompagnée d'une baisse globale du nombre et des quantités d'héroïne saisis. Depuis lors, les saisies dans l'Union européenne se sont largement stabilisées: 37 000 saisies représentant 5,4 tonnes ont été signalées en 2017. La Turquie continue de saisir plus d'héroïne que tous les autres pays européens réunis (figure 1.4). Après une forte baisse au cours de la période

HÉROÏNE



Saisies

Nombre

37 000 UE **50 000** UE + 2

Quantités

5,4 UE **22,9** UE + 2

Prix

(EUR/g)

140 €

28-58 €

15 €

15-31 %

9 %

Pureté

(%)

51 %

15-31 %

9 %

Indices

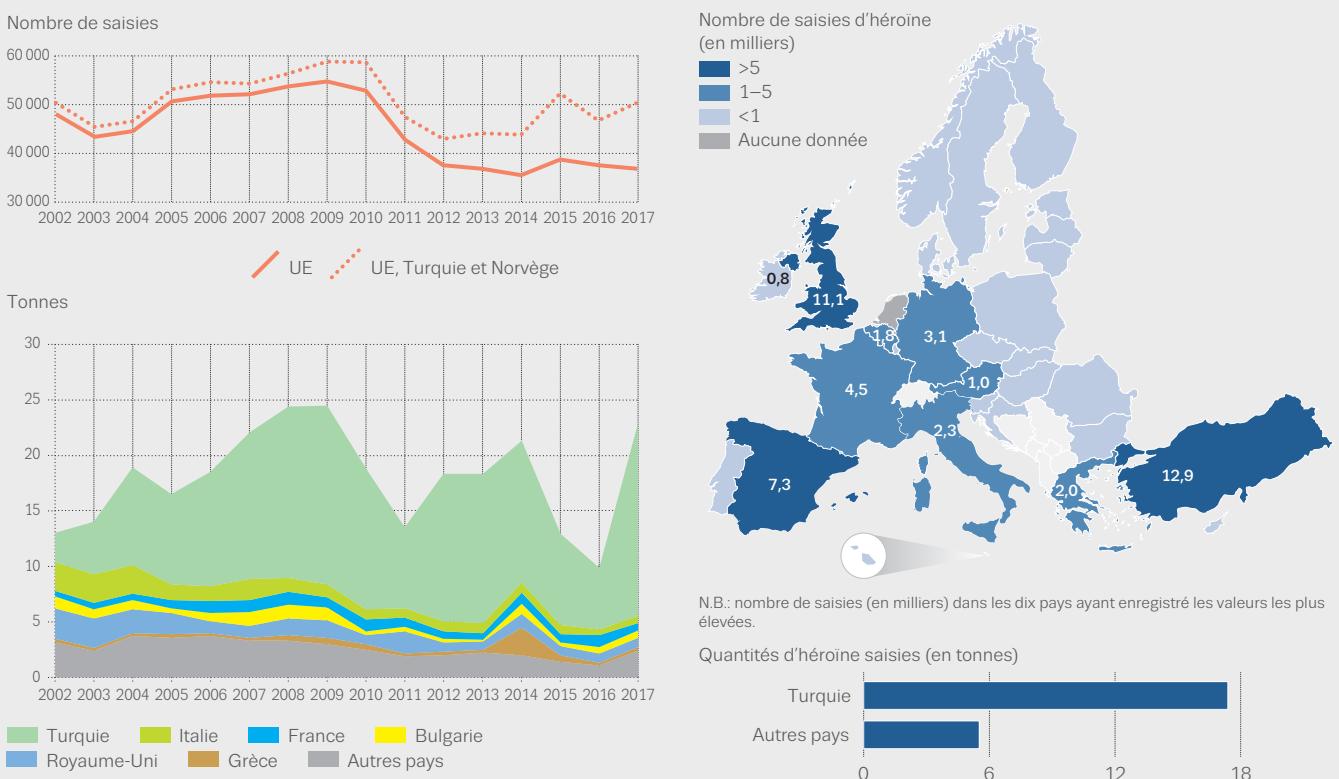
Prix et pureté



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

FIGURE 1.4

Nombre des saisies d'héroïne et quantités saisies: évolution et données 2017 ou de l'année la plus récente disponible



2014-2016 (le volume des saisies étant alors passé de 12,8 à 5,6 tonnes), ce pays a confisqué 17,4 tonnes d'héroïne en 2017, soit la quantité la plus importante depuis une décennie.

Parmi les pays qui communiquent régulièrement des données relatives aux prix et au degré de pureté, les tendances semblent indiquer qu'après une forte baisse entre 2009 et 2011, la pureté de l'héroïne a augmenté rapidement avant de se stabiliser au cours de ces dernières années, mais en dessous des niveaux de 2007.

En revanche, dans l'ensemble, le prix de détail de l'héroïne a légèrement fléchi au cours de la dernière décennie, une baisse ayant également été observée en 2017.

Outre l'héroïne, d'autres opioïdes ont été saisis dans les pays européens. Même si leurs quantités sont faibles par rapport aux saisies totales d'opioïdes, elles ont augmenté de façon marquée en 2017. Les autres opioïdes les plus couramment saisis sont notamment ceux utilisés à des fins thérapeutiques: le tramadol, la buprénorphine haut dosage et la méthadone (voir tableau 1.1). En 2017, pour

TABLEAU 1.1

Saisies d'opioïdes autres que l'héroïne en 2017

Opioïdes	Nombre	Quantités				Nombre de pays
		Kilogrammes	Litres	Comprimés	Patchs	
Méthadone	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprénorphine haut dosage	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Dérivés du fentanyl	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morphine	358	246,0	1,3	9 337		13
Opium	1 837	2 177,9				17
Codéine	522	0,1		18 475		8
Dihydrocodéine	21			1 436		4
Oxycodone	560	0,0001		18 035		8

FIGURE 1.5

la deuxième année consécutive, des augmentations ont été signalées dans les quantités saisies de tramadol et de dérivés du fentanyl. En outre, les quantités d'opium et de morphine saisies en 2017 étaient également bien supérieures à celles de l'année précédente.

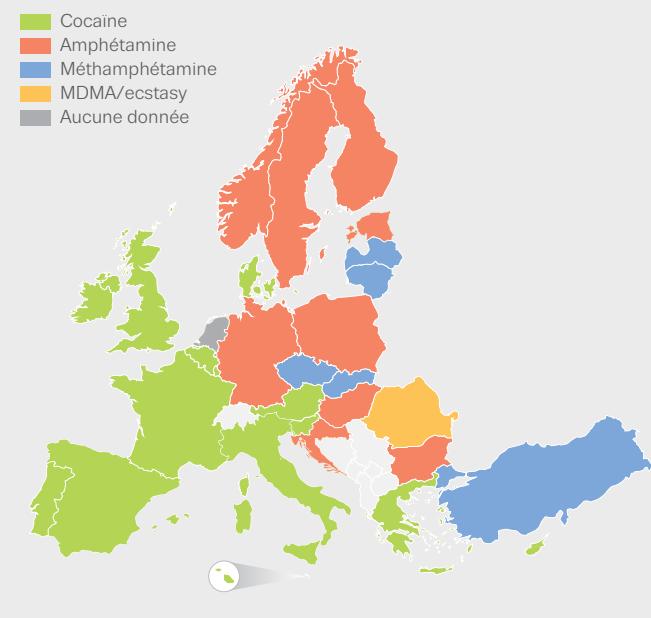
Le marché européen des stimulants: différences régionales

Les principaux stimulants illicites disponibles en Europe sont la cocaïne, l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA/ecstasy. Le stimulant le plus couramment saisi diffère sensiblement d'une région à l'autre (figure 1.5) et ces variations régionales s'expliquent par le lieu d'implantation des ports d'entrée et des itinéraires de trafic, des grands centres de production et des grands marchés de consommation. La cocaïne est le stimulant le plus fréquemment saisi dans de nombreux pays occidentaux et méridionaux; les saisies d'amphétamines et de MDMA/ecstasy, elles, sont prédominantes en Europe septentrionale et orientale.

Marché de la cocaïne: sommets historiques pour les saisies

Deux formes de cocaïne sont disponibles en Europe, dont la plus commune est la cocaïne en poudre (forme chlorhydrate). Le crack (cocaïne basée ou *free base*), plus rare, est une forme fumable. La cocaïne est produite à partir des feuilles de coca, principalement cultivées en

Stimulants les plus fréquemment saisis en Europe, données 2017 ou de l'année la plus récente disponible



Colombie, en Bolivie et au Pérou. Elle est transportée vers l'Europe à partir de différents points de départ en Amérique du Sud et en Amérique centrale et les méthodes utilisées varient: vols aériens de passagers, fret aérien, aéronefs privés, yachts et autres embarcations de petite taille. Toutefois, il semble que la plus grande partie passe en contrebande dans le fret maritime, notamment dans des conteneurs. Les Caraïbes, l'Afrique occidentale et l'Afrique du Nord sont des zones de transit importantes pour la cocaïne qui arrive en Europe.

COCAÏNE



Saisies

Nombre

104 000 UE **109 000** UE + 2

Quantités

140,4 UE **142,0** UE + 2

Prix

(EUR/g)

135 €

55–82 €

38 €

Pureté

(%)

88 %

49–71 %

Indices

Prix et pureté

100

128

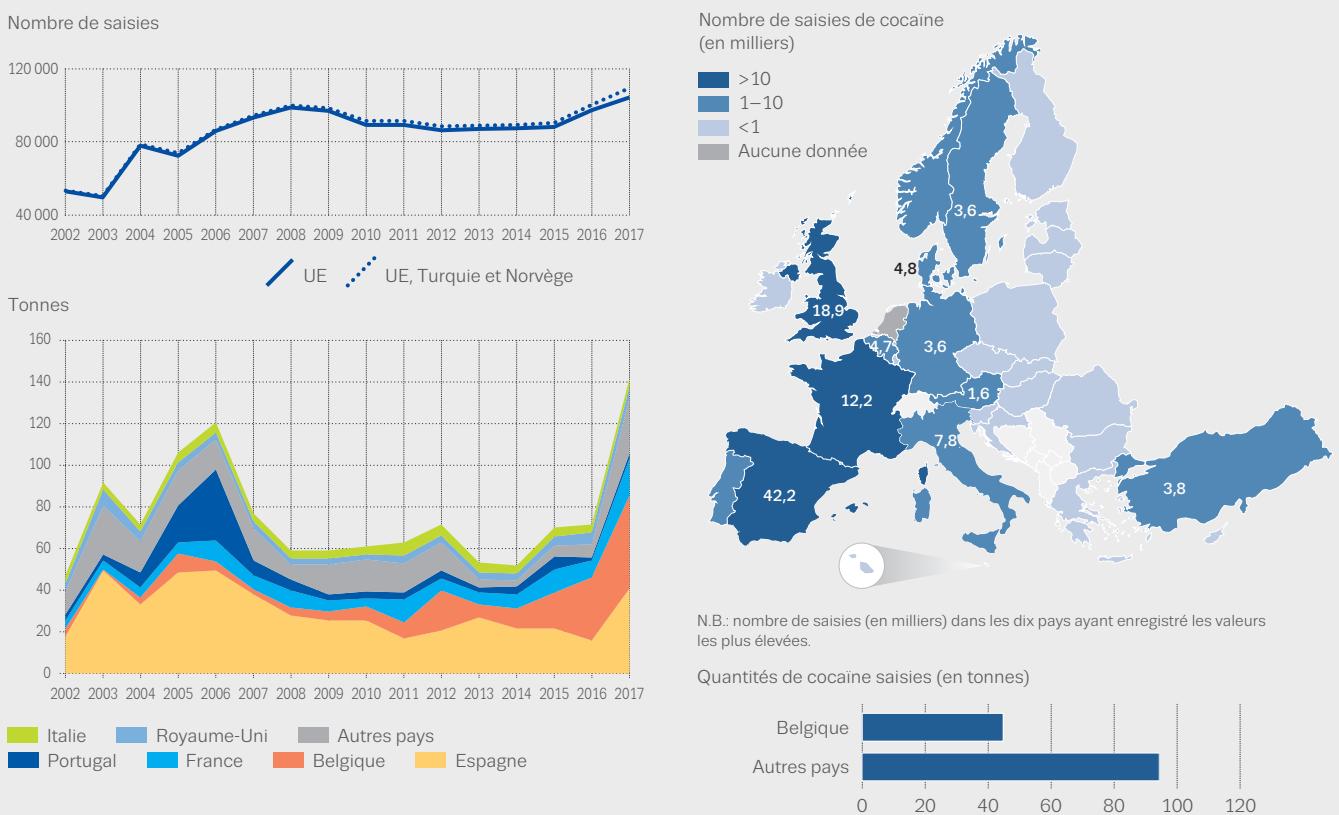
95

27

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

FIGURE 1.6

Nombre de saisies de cocaïne (poudre) et quantités saisies: évolution et données 2017 ou de l'année la plus récente disponible



En 2017, le nombre de saisies de cocaïne et les quantités saisies dans l'Union européenne ont atteint les niveaux les plus élevés jamais enregistrés, avec plus de 104 000 saisies signalées, représentant 140,4 tonnes. La quantité de cocaïne saisie dépasse de plus de 20 tonnes le record précédent, enregistré en 2006, et représente le double de la quantité saisie en 2016 (figure 1.6). Si l'ensemble des quelque 86 tonnes saisies par la Belgique (45 tonnes) et par l'Espagne (41 tonnes) représentent 61 % du total estimé pour l'UE en 2017, la France (17,5 tonnes) et les Pays-Bas (14,6 tonnes) ont également signalé de grandes quantités. De plus, la pureté de la cocaïne vendue au détail a augmenté depuis 2010, en particulier en 2016 et en 2017, où elle a atteint son niveau le plus élevé depuis 10 ans. Le prix de détail de la cocaïne est resté stable. Dans leur ensemble, ces indicateurs suggèrent que l'offre de cocaïne n'a jamais été aussi importante.

Les saisies de crack sont faibles et stables dans les pays qui en font état. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que le crack est fabriqué en Europe, à proximité des marchés de consommation, et n'est pas transporté à travers les frontières, où de nombreuses saisies de drogues sont généralement effectuées.

Le nombre des saisies de feuilles de coca et leur quantité ont augmenté, totalisant 204 kilogrammes en 2017, parallèlement à une petite quantité de pâte de coca. Cela peut traduire une diversification des stratégies de production de certaines organisations criminelles, dans la mesure où les laboratoires de cocaïne précédemment découverts en Europe sont surtout des «installations d'extraction secondaire», où la cocaïne qui a été incorporée dans divers matériaux (vins, vêtements ou plastiques, par exemple) est récupérée, et non des laboratoires de transformation des feuilles de coca.

**Dans leur ensemble,
ces indicateurs suggèrent
que l'offre de cocaïne n'a jamais
été aussi importante**

Production de drogues: évolution chimique des précurseurs

Les précurseurs de drogues sont des produits chimiques essentiels à la fabrication des drogues illicites. Par le passé, en Europe, les précurseurs pour la production de drogues de synthèse telles que l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA ont constitué le principal sujet de préoccupation. Toutefois, l'apparition de laboratoires d'héroïne dans l'Union suscite une attention accrue à l'égard du détournement de l'anhydride acétique, précurseur impliqué dans la transformation de la morphine en héroïne. Comme beaucoup de ces précurseurs chimiques ont des usages licites, ils ne sont pas soumis à des interdictions, mais leur commerce est suivi et encadré au moyen des réglementations européennes, lesquelles classifient certains produits chimiques. La disponibilité des précurseurs et des autres substances chimiques nécessaires à la production de drogues a une incidence majeure sur le marché des drogues ainsi que sur les méthodes de production utilisées dans les laboratoires clandestins. Les techniques de production évoluent également au fil du temps afin d'éviter la détection, les contrôles et les sanctions. Les changements consistent généralement en l'utilisation de substances de remplacement pour produire des drogues de synthèse ou leurs précurseurs. Ceci devient alors la méthode de production privilégiée. Le traitement supplémentaire

intervenant dans l'utilisation de ces substances de remplacement, ainsi que les méthodes de synthèse plus complexes, peuvent nécessiter plus de produits chimiques, et donc générer plus de déchets, au risque de porter davantage atteinte à l'environnement si ces déchets sont éliminés de façon inappropriée.

Les données sur les saisies et les cargaisons de précurseurs de drogues interceptées confirment l'usage tant de substances chimiques classifiées que de substances chimiques non réglementées pour la production de drogues illicites dans l'Union européenne, en particulier pour les amphétamines et la MDMA (tableau 1.2). La classification du précurseur du BMK (benzylméthyl-cétone), l'APAAN (alpha-phénylacétoacetonitrile), à la fin de 2013, continue d'avoir des effets, les quantités saisies passant de 48 tonnes en 2013 à près de 5 tonnes en 2017. Les saisies d'APAA (alpha-phénylacétoacétamide), substance chimique de remplacement, ont fortement augmenté en 2016, puis à nouveau en 2017. Les saisies de dérivés glycidiques du BMK (qui peuvent également être facilement convertis en BMK), signalées pour la première fois en 2015, ont également fortement augmenté jusqu'à atteindre environ trois tonnes en 2016, et plus de près de 6 tonnes en 2017.

Les quantités saisies de PMK (pipéronyle-méthyl-cétone) et de substances chimiques non réglementées destinées

TABLE 1.2

Synthèse des saisies et cargaisons interceptées de précurseurs réglementés dans l'UE et de substances chimiques non réglementées, utilisés dans la fabrication de certaines drogues de synthèse dans l'Union européenne, 2017

Réglementé(e)/non réglementé(e)	Saisies		Cargaisons interceptées		TOTALS	
	Nombre	Quantité	Nombre	Quantité	Nombre	Quantité
MDMA ou substances apparentées						
PMK (en litres)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrole (en litres)	5	2 969	0	0	5	2 969
Pipéronal (en kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
Dérivés glycidiques du PMK (en kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (en kg)	1	25	0	0	1	25
Amphétamine et méthamphétamine						
BMK (en litres)	29	3 506	0	0	29	3 506
Éphédrine, en vrac (en kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoéphédrine, en vrac (en kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (en kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
APA, acide phénylacétique (en kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (en kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
Dérivés glycidiques du BMK (en kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Autres						
Anhydride acétique (en litres)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-bromo-4-méthylpropionophénone (en kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-phénéthyl-4-pipéridone (en kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

à la production de MDMA/ecstasy ont été considérablement plus nombreuses en 2017. Toutes les saisies de PMK et la plupart des saisies de dérivés glycidiques du PMK en 2017 ont eu lieu aux Pays-Bas. De plus, de grandes quantités de 2-bromo-4-méthylpropiophénone, précurseur des cathinones de synthèse, ainsi que de grandes quantités de BMK (et de dérivés glycidiques du BMK) y ont été saisies, confirmant le rôle central de ce pays dans la production de drogues de synthèse au sein de l'Union européenne.

En 2017, plus de 81 tonnes d'anhydride acétique ont été saisies et 243 autres tonnes ont été interceptées avant leur livraison, ce qui représente une forte augmentation par rapport aux années précédentes. En outre, il convient de noter que l'Estonie a signalé avoir saisi une quantité importante de N-phényl-4-pipéridone, précurseur pour la fabrication de dérivés du fentanyl.

Saisies d'amphétamine et de méthamphétamine: des signes d'une augmentation progressive

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants de synthèse, qui peuvent être regroupés sous l'appellation «amphétamines» dans certains ensembles de données. Les données sur les saisies indiquent que, au cours de la dernière décennie, la disponibilité de la méthamphétamine a lentement augmenté et s'est peu à peu étendue géographiquement, tout en restant nettement inférieure à celle de l'amphétamine.

Ces deux drogues sont produites en Europe pour le marché européen. Les données disponibles indiquent que la production d'amphétamine se concentre principalement en Belgique, aux Pays-Bas et en Pologne ainsi que, dans une moindre mesure, dans les États baltes et en Allemagne. En règle générale, toutes les étapes de la production d'amphétamine se déroulent au même endroit. Toutefois, des saisies d'huile d'amphétamine dans certains

AMPHÉTAMINES



AMPHÉTAMINE

Saisies

Nombre

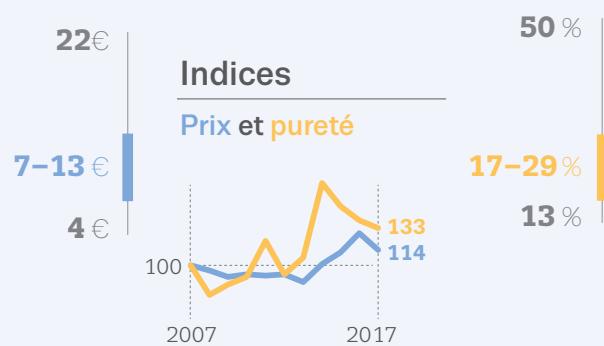
35 000 UE **40 000** UE + 2

Quantités

6,4 UE **13,4** UE + 2

Prix

(EUR/g)



Pureté

(%)

MÉTHAMPHÉTAMINE

Saisies

Nombre

9 000 UE **19 000** UE + 2

Quantités

0,7 UE **1,4** UE + 2

Prix

(EUR/g)



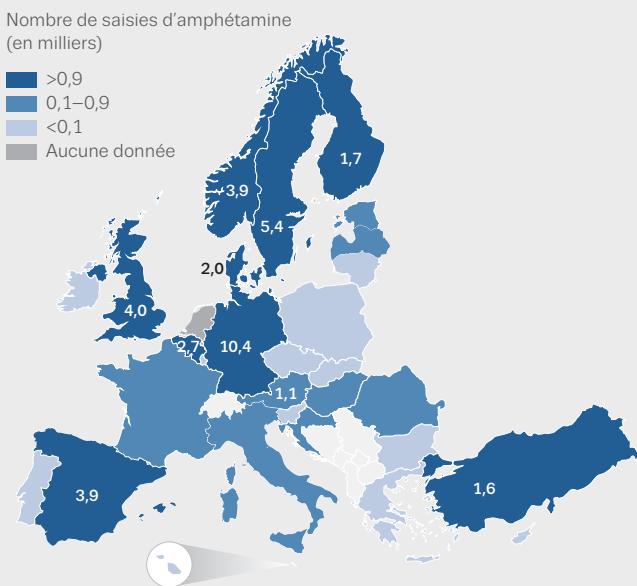
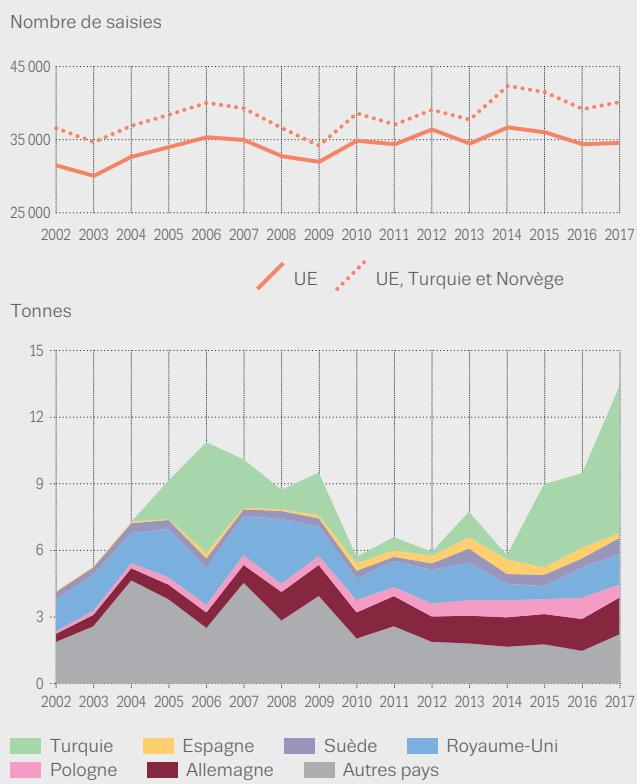
Pureté

(%)

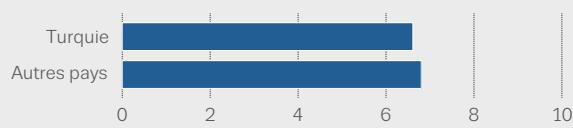
UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège. Prix et pureté des amphétamines: valeurs moyennes nationales — minimales, maximales et écart interquartile. Les pays concernés varient en fonction de l'indicateur. Aucune tendance n'est disponible pour la méthamphétamine.

FIGURE 1.7

Nombre de saisies d'amphétamine et quantités saisies: évolution et données 2017 ou de l'année la plus récente disponible



Quantités d'amphétamine saisies (en tonnes)



États membres indiquent que cette substance peut faire l'objet d'un trafic entre pays, l'étape finale de la production ayant lieu au point de destination prévu, ou à proximité de celui-ci.

Une certaine quantité d'amphétamine est également produite dans l'Union européenne pour être exportée, principalement vers le Moyen-Orient. De grandes quantités de comprimés d'amphétamine portant un logo «captagon» saisies en Turquie sont signalées comme étant liées à la Syrie.

La méthamphétamine saisie en Europe est principalement produite en Tchéquie et dans les zones frontalières des pays voisins. Un petit nombre de laboratoires clandestins de méthamphétamine sont découverts chaque année aux Pays-Bas. Il s'agit parfois d'installations assez importantes, qui produisent principalement pour les marchés de l'Extrême-Orient et de l'Océanie. En Tchéquie, la méthamphétamine est principalement produite à partir de pseudoéphédrine, extraite de médicaments. En 2017, 264 des 298 laboratoires clandestins de méthamphétamine signalés dans l'Union européenne étaient situés en Tchéquie. Les laboratoires de petite taille prédominent, exploités par des consommateurs-trafiquants locaux qui approvisionnent le marché intérieur. Toutefois, des

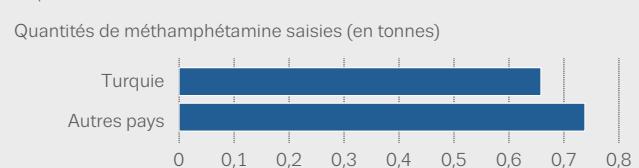
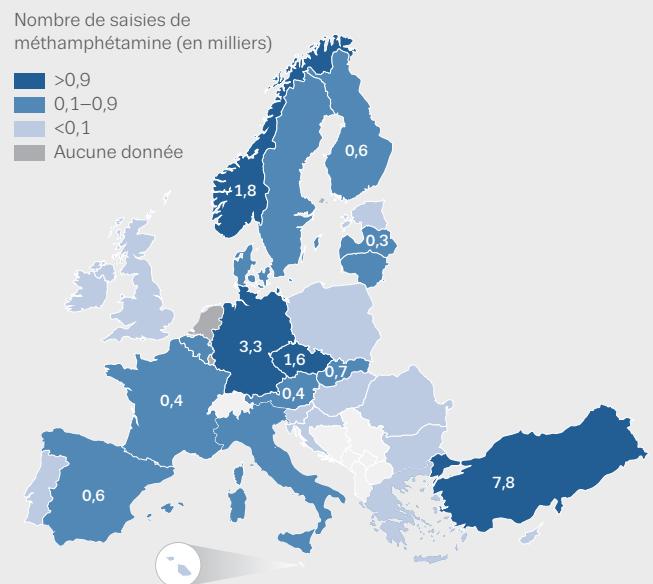
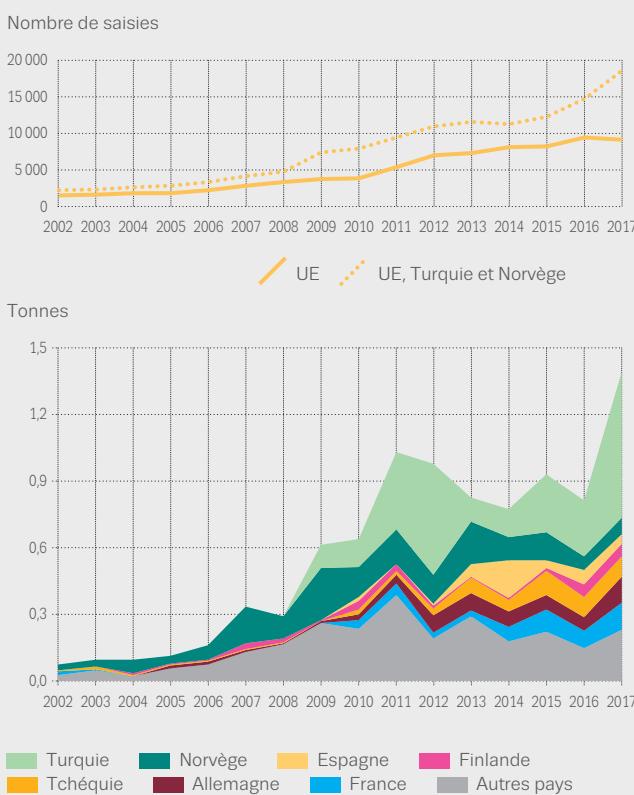
installations plus importantes sont apparues ces dernières années, impliquant des groupes criminels organisés non tchèques qui produisent de la méthamphétamine pour d'autres pays européens.

En 2017, les États membres de l'UE ont fait état de 35 000 saisies d'amphétamine, représentant 6,4 tonnes. Depuis 2010, la quantité estimée d'amphétamine saisie dans l'Union a généralement fluctué autour de 5 à 6 tonnes par an, mais elle a augmenté au cours de chacune de ces deux dernières années (figure 1.7). En général, les quantités les plus importantes sont saisies par l'Allemagne et le Royaume-Uni (souvent à raison de plus d'une tonne chacun). Les saisies de méthamphétamine sont beaucoup moins nombreuses, avec 9 000 saisies signalées dans l'Union européenne en 2017 pour un volume de 0,7 tonne, les plus grandes quantités ayant été saisies en France (112 kg), en Allemagne (114 kg) et en Tchéquie (93 kg) (figure 1.8). Le nombre de saisies de méthamphétamine affiche une tendance générale à la hausse depuis 2002, avec des signes de stabilisation ces dernières années; les quantités saisies ont augmenté, bien qu'avec quelques fluctuations, depuis 2009.

En 2017, la Turquie a saisi davantage d'amphétamine (6,6 tonnes) que l'ensemble des États membres de l'UE

FIGURE 1.8

Nombre de saisies de méthamphétamine et quantités saisies: évolution et données 2017 ou de l'année la plus récente disponible



(6,4 tonnes). La quasi-totalité du volume saisi en Turquie se trouvait sous la forme de comprimés (26,3 millions de comprimés, soit plus de 99,5 % de la quantité totale estimée saisie), dont notamment de grandes quantités de comprimés de «Captagon» contenant de l'amphétamine.

La Turquie a également saisi, en 2017, une quantité exceptionnellement importante de méthamphétamine (658 kg), similaire à celle déclarée pour l'Union européenne (662 kg).

MDMA/ECSTASY



Saisies

Nombre

23 000 UE **31 000 UE + 2**

Quantités

UE	MILLION(S) DE COMPRIMÉS	TONNES
6,6	6,6	1,7
15,2	15,2	1,7

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

Prix

(EUR/comprimé)

16 €

6-10 €

4 €

100

2017

Pureté

(mg MDMA/
comprimé d'ecstasy)

190

84-160

36

Indices

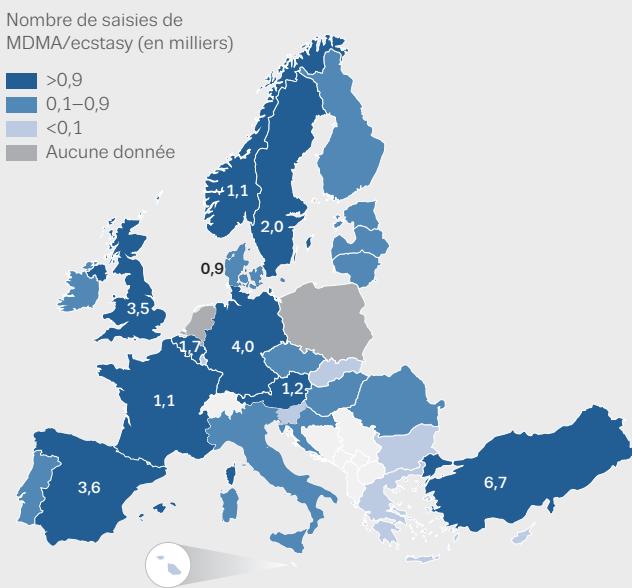
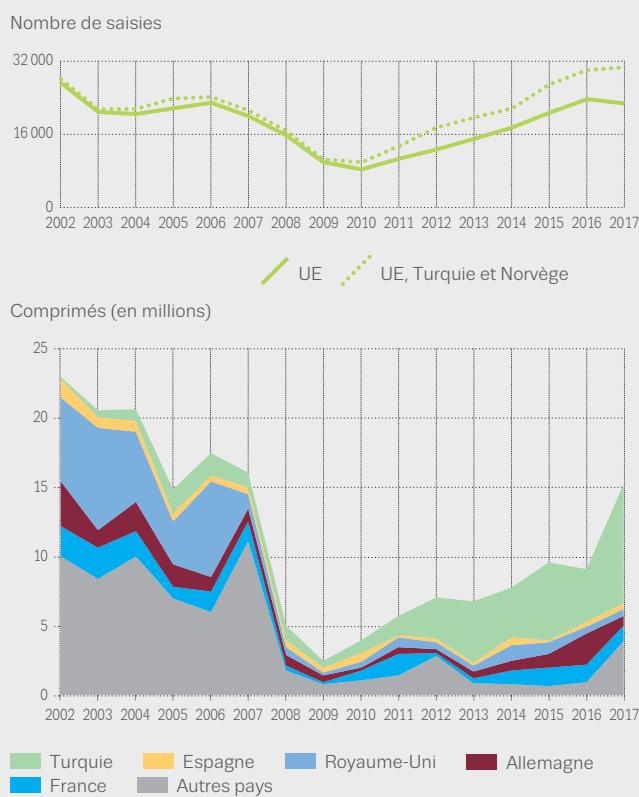
Prix et pureté

213

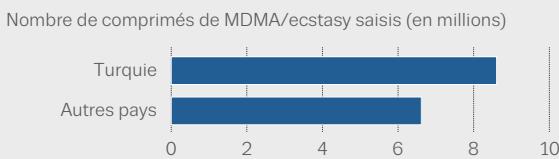
92

FIGURE 1.9

Nombre des saisies de MDMA/ecstasy et quantités saisies: évolution et données 2017 ou de l'année la plus récente disponible



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



Comparés à ceux d'il y a dix ans, le prix et la pureté de l'amphétamine en Europe étaient plus élevés en 2017, en dépit d'une légère baisse par rapport à l'année précédente. En règle générale, le degré de pureté et le prix moyens signalés sont plus élevés pour les échantillons de méthamphétamine que pour les échantillons d'amphétamine.

MDMA/ecstasy: une production et des saisies en hausse

La MDMA (3,4-méthylénedioxyméthamphétamine) est une substance de synthèse chimiquement apparentée à l'amphétamine, mais dont les effets sont différents. La MDMA est consommée sous forme de comprimés, souvent appelés «comprimés d'ecstasy», sous forme de poudre, ou encore sous forme «cristal». Les efforts internationaux visant à contrôler les précurseurs de drogues (les substances chimiques nécessaires à la production de drogues illicites) ont perturbé le marché de la MDMA/ecstasy à la fin des années 2000. Plus récemment, ce marché est reparti à la hausse, les producteurs ayant recours à des substances chimiques de substitution non réglementées pour fabriquer la drogue. La teneur moyenne en MDMA des comprimés reflète ce constat: selon les pays

qui communiquent régulièrement des données, celle-ci a augmenté depuis 2010 jusqu'à atteindre, en 2017, son niveau le plus élevé depuis une dizaine d'années. Le marketing semble jouer un rôle dans les ventes et de nouveaux modèles de comprimés de MDMA/ecstasy, affichant des couleurs, des formes et des logos de marque différents, sont constamment produits.

La production de MDMA/ecstasy en Europe se concentre principalement aux Pays-Bas et en Belgique. Au total, 21 laboratoires actifs de MDMA/ecstasy, soit près du double par rapport à 2016, auraient été démantelés dans l'Union européenne en 2017 et tous étaient situés aux Pays-Bas. En Belgique, bien qu'aucune installation de production de MDMA/ecstasy n'ait été détectée en 2017, des informations faisant état de déversements de déchets chimiques provenant de la production de MDMA/ecstasy donnent à penser que cette drogue continue d'y être produite.

Les rapports des saisies faites hors Europe obtenus grâce au suivi d'informations provenant de sources libres de droit (open source) ainsi que l'analyse des données des marchés du darknet, témoignent du rôle important joué par les producteurs européens dans l'approvisionnement mondial en MDMA/ecstasy. Par exemple, les données de

FIGURE 1.10

suivi des marchés du darknet montrent que ceux-ci, en plus de faciliter les ventes directes aux consommateurs, sont utilisés par les trafiquants du monde entier pour acheter de la MDMA/ecstasy produite en Europe.

L'analyse révèle que les transactions portant sur des quantités de comprimés de MDMA/ecstasy correspondant à un niveau intermédiaire de marché représentent plus du double des recettes tirées des quantités vendues au détail. En revanche, les transactions de cannabis et de cocaïne sur le darknet s'effectuent massivement au niveau de la vente au détail.

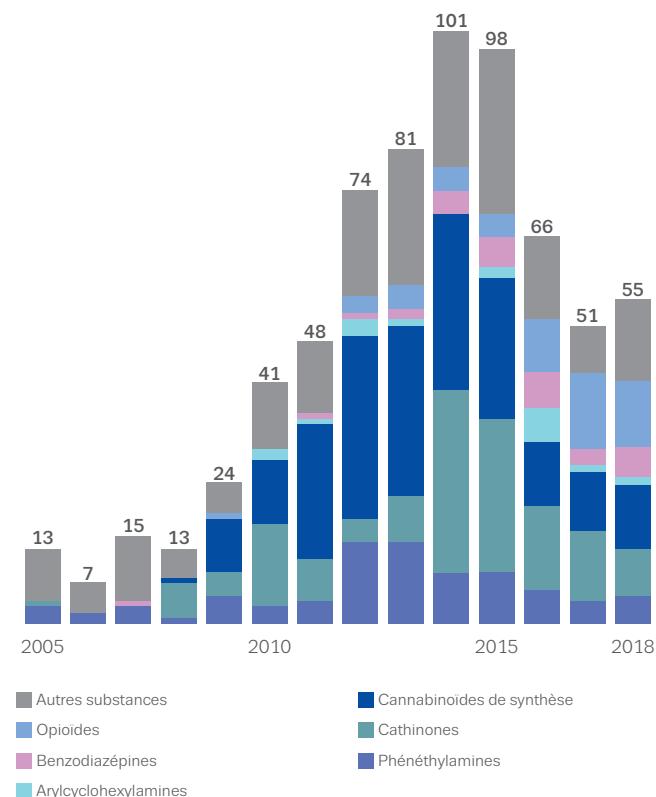
Le nombre de saisies de MDMA/ecstasy signalées dans l'Union européenne est en hausse depuis 2010. La quantité saisie est plus souvent déclarée en nombre de comprimés qu'en poids. Le nombre de comprimés de MDMA/ecstasy saisis en 2017, soit quelque 6,6 millions, est le plus élevé dans l'Union européenne depuis 2007. Les fluctuations observables sur le long terme dans le nombre de comprimés de MDMA/ecstasy saisis chaque année dans l'Union reflètent en partie l'incidence de certaines saisies de grande ampleur. D'autre part, plusieurs pays ont fait état de saisies de MDMA en poudre. Le volume de poudre de MDMA déclaré dans l'Union européenne est passé de 0,3 tonne en 2016 à 1,7 tonne en 2017. Cette augmentation est principalement due aux saisies signalées par les Pays-Bas – un pays désormais en mesure, pour la première fois en cinq ans, de fournir des données sur la quantité de MDMA saisie et de contribuer ainsi à une analyse plus fine dans ce domaine.

En 2017, en Turquie, de grandes quantités (8,6 millions) de comprimés de MDMA/ecstasy ont été saisies, aboutissant à un total plus de deux fois supérieur à celui de l'année précédente et dépassant la totalité des quantités saisies dans l'Union européenne (figure 1.9).

Saisies de LSD, de GHB et de kétamine

Des saisies d'autres drogues illicites ont été signalées dans l'Union européenne, dont plus de 2 000 saisies de LSD (diéthylamide de l'acide lysergique) en 2017, soit 74 000 unités. Le nombre total de saisies de LSD a plus que doublé depuis 2010, bien que la quantité saisie ait fluctué. Dans l'Union européenne, 16 pays ont déclaré environ 2 000 saisies de kétamine pour un total de 194 kg et 5 litres de drogue (selon leurs estimations), l'essentiel des saisies ayant eu lieu en Belgique, en France et au Royaume-Uni. La Norvège a également signalé un petit nombre de saisies de kétamine (42 saisies pour un total de 0,1 kg). En 2017, des saisies de GHB (gamma-hydroxybutyrate) ou de GBL (gamma-butyrolactone) ont été déclarées par 14 pays de l'UE, ainsi que par la Norvège

Nombre et catégories de nouvelles substances psychoactives répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne pour la première fois, 2005-2018



et la Turquie, la Norvège comptant à elle seule plus d'un quart du nombre total des saisies. Au total, on estime que les 1 700 saisies estimées prises dans leur ensemble représentent près de 127 kg et 1 400 litres de cette drogue. La Belgique a saisi près de la moitié de la quantité totale, dont principalement de la GBL.

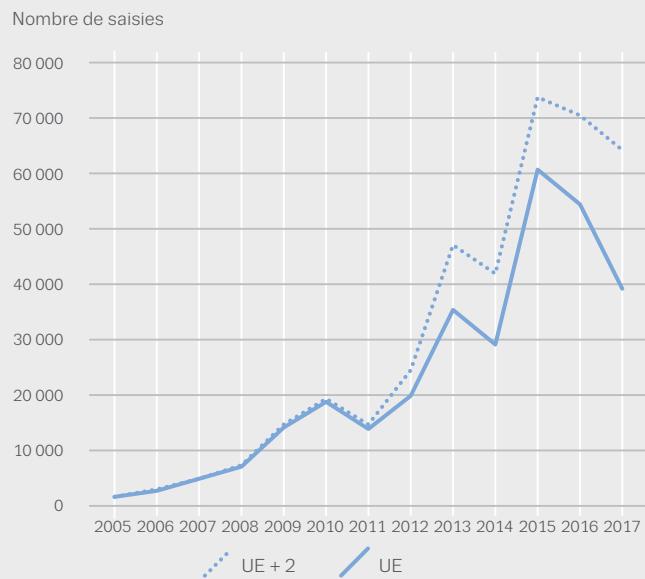
Nouvelles substances psychoactives: un marché complexe

À la fin de l'année 2018, l'EMCDDA surveillait plus de 730 nouvelles substances psychoactives, parmi lesquelles 55 avaient été détectées cette année-là pour la première fois en Europe. Ces substances couvrent une vaste gamme de produits, tels que des cannabinoïdes de synthèse, des stimulants, des opioïdes et des benzodiazépines.

Dans la plupart des cas, les nouvelles substances psychoactives sont produites en vrac par des sociétés chimiques et pharmaceutiques en Chine. Elles sont ensuite expédiées vers l'Europe, où elles sont transformées en produits finis, conditionnées et commercialisées. Elles sont quelquefois vendues ouvertement dans des magasins physiques. Même si des

FIGURE 1.11

Saisies répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne: évolution du nombre total de saisies et du nombre de saisies par catégorie en 2017

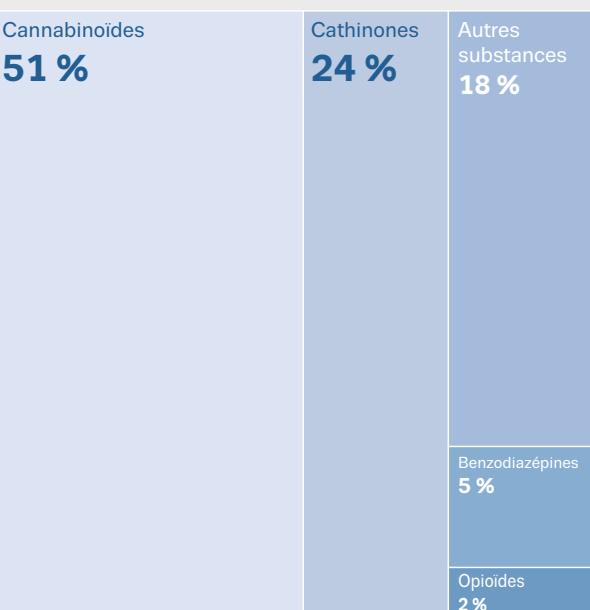


N.B.: données pour les États membres de l'UE, la Turquie et la Norvège.

restrictions limitent la vente libre de ces produits dans certains pays, il se peut qu'ils soient encore disponibles de manière plus discrète. Il est possible de se les procurer par l'intermédiaire de boutiques en ligne ou du darknet ou de les acheter sur le marché des drogues illicites. Ces substances peuvent être vendues sous leur nom véritable, et parfois sous le nom d'une autre drogue comme héroïne, cocaïne, MDMA/ecstasy ou médicaments psychoactifs, ou mélangées à ces produits.

Le nombre de nouvelles substances identifiées pour la première fois chaque année a culminé en 2014-2015, avant de se stabiliser à des niveaux comparables à ceux de 2011-2012 (figure 1.10). Cette situation pourrait résulter des efforts soutenus de contrôle des nouvelles substances en Europe, ainsi que des initiatives législatives de la Chine.

Le nombre de nouvelles substances détectées pour la première fois chaque année ne constitue que l'un des nombreux indicateurs que l'EMCDDA utilise pour comprendre le marché global. À titre d'exemple, 390 substances ont été détectées en 2017 en Europe, soit environ la moitié des nouvelles substances surveillées par le système d'alerte précoce de l'UE et parmi lesquelles certaines ont fait leur apparition voici plus de 10 ans. Ce point illustre le dynamisme de ce segment du marché de la drogue: des substances peuvent apparaître puis disparaître rapidement, mais leur nombre en circulation reste élevé.



Saisies de nouvelles substances psychoactives

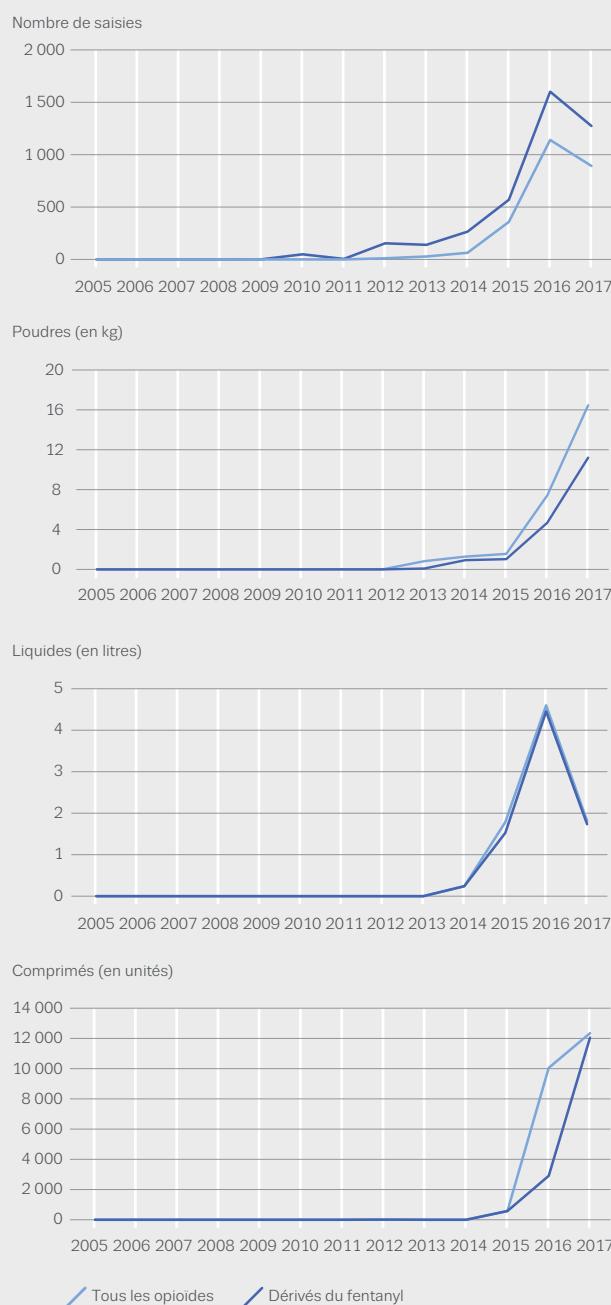
Dans toute l'Europe, au cours de l'année 2017, les services répressifs ont déclaré près de 64 160 saisies de nouvelles substances psychoactives via le système d'alerte précoce de l'Union européenne. Sur ce total, 39 115 saisies ont été signalées par les 28 États membres de l'UE (figure 1.11).

En 2017, les nouvelles substances psychoactives ont été le plus souvent signalées sous forme de poudre, équivalent à 2,8 tonnes toutes catégories confondues. Ce résultat est globalement comparable à ceux des années précédentes. En outre, un peu moins de 240 kilogrammes de matières végétales ont été signalés, dont les deux tiers sous forme de mélanges à fumer contenant des cannabinoïdes de synthèse. De nouvelles substances ont également été trouvées dans des comprimés (6 769 cas, 2,8 millions d'unités), des buvards (980 cas, 23 000 unités) et des liquides (1 430 cas, 490 litres). Certains de ces liquides étaient vendus sous forme de sprays nasaux prêts à l'emploi, ainsi que d'e-liquides destinés à être utilisés avec une cigarette électronique (vapotage).

En Europe, parmi les saisies de nouvelles substances psychoactives, les cannabinoïdes et les cathinones de synthèse prédominent généralement. Toutefois, on constate une plus grande diversité ces dernières années, avec la montée en puissance d'autres groupes de substances. Par exemple, la quantité d'opioïdes et de benzodiazépines saisies en Europe a apparemment augmenté.

FIGURE 1.12

Saisies d'opioïdes de synthèse répertoriées par le système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne: évolution du nombre de saisies et des quantités saisies



N.B.: données pour les États membres de l'UE, la Turquie et la Norvège.
Les saisies de tramadol ne sont pas prises en considération.

1 300 saisies de nouveaux opioïdes répertoriées par le système d'alerte précoce de l'UE

Nouveaux opioïdes de synthèse

Depuis 2009, 49 nouveaux opioïdes de synthèse ont été détectés sur le marché européen des drogues et 11 de ces substances ont été signalées pour la première fois en 2018. Ce total comprend 34 dérivés du fentanyl, dont six ont été signalés pour la première fois en 2018. Bien que de nombreux nouveaux opioïdes (en particulier ceux de la famille du fentanyl) ne soient encore guère présents sur le marché européen des drogues, ils affichent une forte teneur en principe actif et constituent une grave menace pour la santé individuelle comme pour la santé publique en général.

En 2017, environ 1 300 saisies de nouveaux opioïdes ont été signalées par les services répressifs au système d'alerte précoce de l'UE. Il s'agissait dans la majorité des cas (70 %) de saisies de dérivés du fentanyl (figure 1.12), mais un certain nombre d'autres types d'opioïdes (tels que l'U-47 700 et l'U-51 754) ont également été signalés. La quantité totale de poudres et de comprimés d'opioïdes déclarée n'a cessé d'augmenter depuis 2012 (figure 1.12). Au total, environ 17 kilogrammes de poudres, 1,8 litre de liquides et plus de 29 000 comprimés de nouveaux opioïdes ont été saisis en 2017. Moins souvent, de nouveaux opioïdes ont également été trouvés dans des buvard et dans des mélanges à base de plantes à fumer qui, en l'occurrence, ne comportent parfois aucune indication de la présence d'opioïdes puissants pouvant présenter un risque d'intoxication pour les personnes qui les utilisent, surtout si elles n'ont aucune tolérance aux opioïdes.

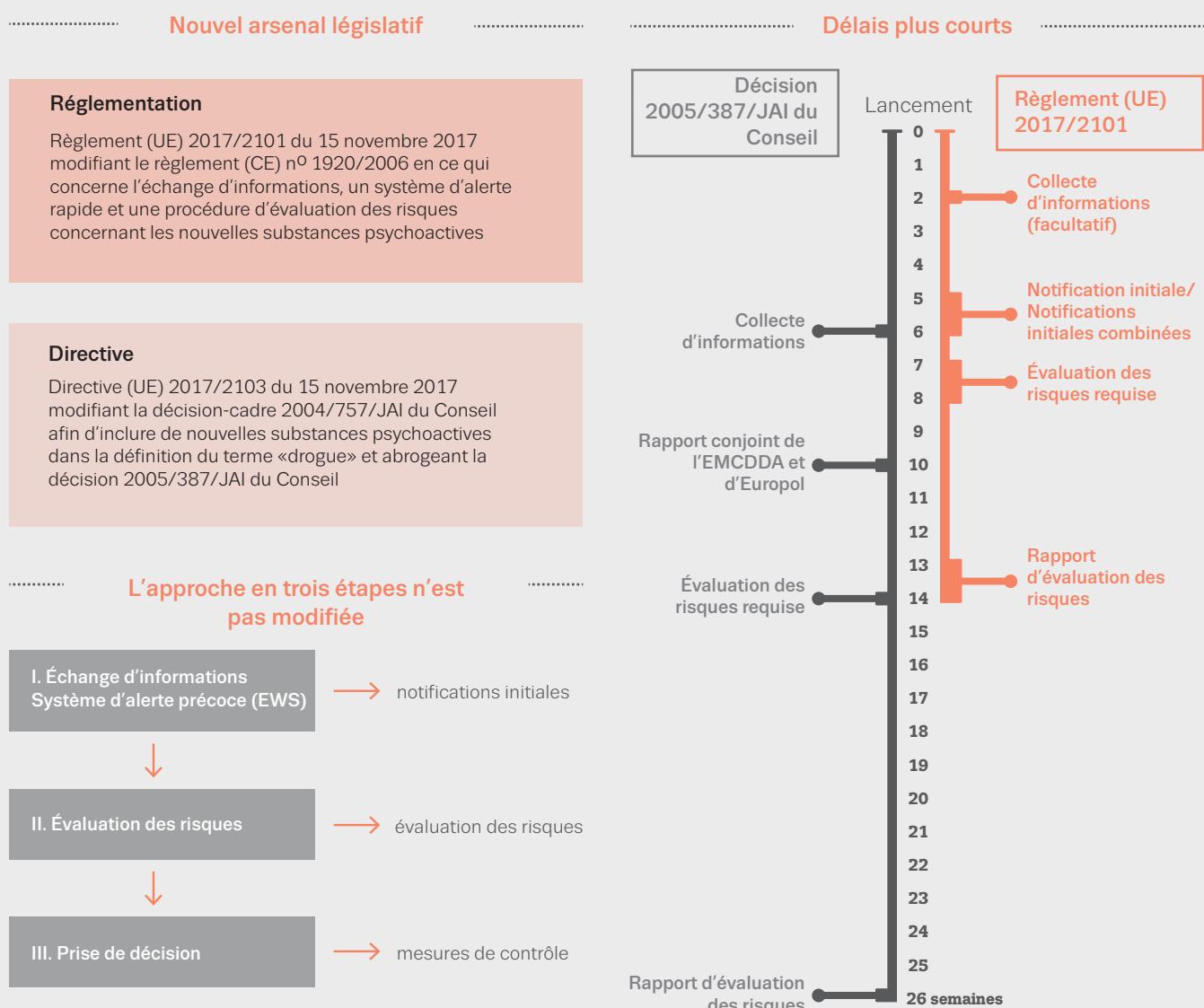
Les saisies de carfentanil en Europe, l'un des opioïdes les plus puissants connus, sont particulièrement préoccupantes. En 2017, plus de 300 saisies de carfentanil ont été signalées. Elles représentaient environ quatre kilogrammes de poudres et 250 millilitres de liquides. Parmi les poudres, certaines étaient vendues sous l'appellation d'héroïne ou mélangées à de l'héroïne.

Nouvelles benzodiazépines

Il semble y avoir eu au cours de ces dernières années une augmentation du nombre, du type et de la disponibilité de nouvelles substances psychoactives appartenant à la classe des benzodiazépines, qui ne sont pas soumises à la législation internationale sur le contrôle des drogues. Certaines d'entre elles sont vendues comme de fausses versions d'anxiolytiques couramment prescrits, tels que l'alprazolam (Xanax) et le diazépam, au moyen des réseaux de distribution existants sur le marché des drogues illicites. D'autres s'écoulent en ligne, parfois sous

FIGURE 1.13

Nouvelles procédures accélérées de l'UE pour détecter les nouvelles substances psychoactives apparaissant dans l'Union européenne et pour y répondre



leur nom propre, commercialisées en tant que versions «illégitimes» de médicaments autorisés.

L'EMCDDA surveille actuellement 28 nouvelles benzodiazépines, dont 23 ont été détectées pour la première fois en Europe au cours de ces cinq dernières années. En 2017, près de 3 500 saisies de nouvelles benzodiazépines ont été répertoriées par le système d'alerte précoce l'UE. La majorité des saisies portaient sur des comprimés, pour un total de 2,4 millions d'unités, ce qui représente une forte augmentation par rapport au demi-million de comprimés, environ, signalé en 2016. Ce phénomène peut être attribué aux importantes saisies d'étizolam (une substance dont le premier signalement au système d'alerte précoce remonte à 2011) dans un pays. En outre, environ 27 kilogrammes de poudres, 1,4 litre de

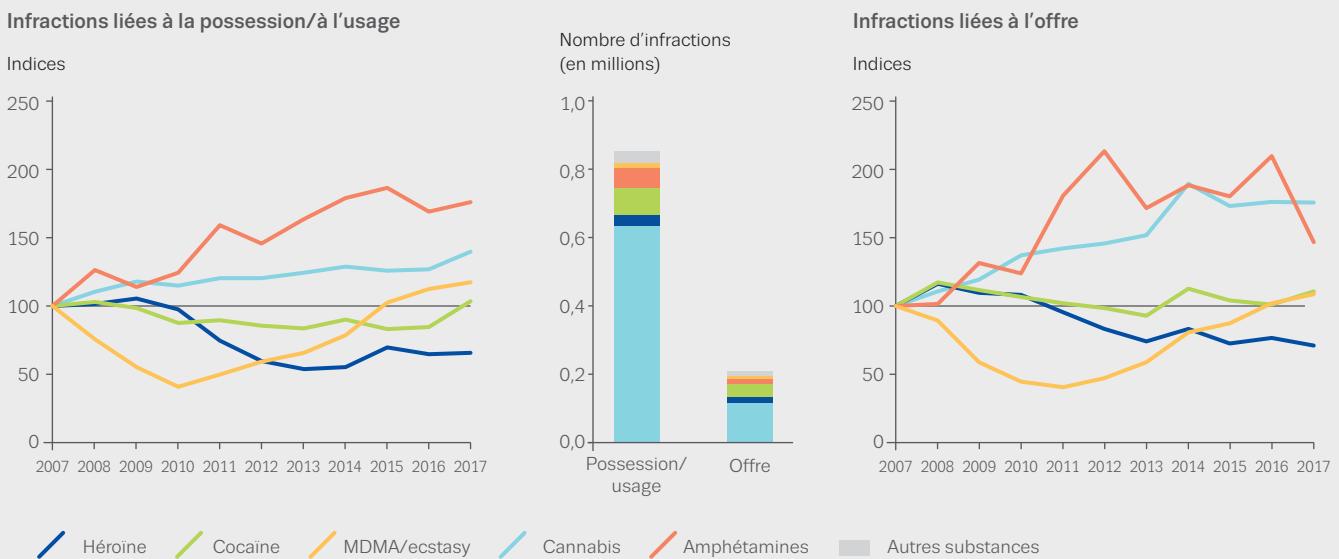
liquides et 2 400 buvards contenant de nouvelles benzodiazépines auraient été saisis en 2017.

Nouvelles substances psychoactives: de nouvelles réponses juridiques

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

FIGURE 1.14

Infractions à la législation sur les stupéfiants dans l'UE liées à la consommation, à la possession pour usage personnel ou à l'offre de drogue: évolutions et infractions déclarées en 2017



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

Au niveau national, diverses mesures ont été adoptées pour lutter contre les nouvelles substances et trois grands types de réponses juridiques peuvent être recensés. De nombreux pays d'Europe ont d'abord réagi en ayant recours à la législation sur la sécurité des consommateurs, avant d'élargir ou d'adapter le champ d'application des législations antidrogues existantes pour y intégrer de nouvelles substances psychoactives. Les pays optent de plus en plus souvent pour l'élaboration d'une nouvelle législation spécifique ciblant ce phénomène.

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

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

dans le but de mettre en place un système plus efficace et plus rapide (figure 1.13). La nouvelle législation conserve l'approche en trois étapes qui permet de réagir face aux nouvelles substances psychoactives (alerte précoce, évaluation des risques et mesures de contrôle) tout en renforçant les procédures existantes en simplifiant et en accélérant les procédures de recueil et d'évaluation des données et en introduisant des délais plus courts. Après avoir procédé à l'évaluation des risques, la Commission peut formuler une proposition visant à soumettre la substance à des mesures de contrôle. Le Parlement européen et le Conseil sont en droit, dans un délai de deux mois et sous certaines conditions, de s'opposer à la proposition de la Commission. Les autorités nationales disposeront de six mois (au lieu de 12) pour placer la substance sous contrôle sur leur territoire une fois la décision entrée en vigueur. Cette nouvelle législation est applicable dans toute l'Europe depuis le 23 novembre 2018.

Infractions à la législation sur les stupéfiants: prédominance du cannabis

L'application des législations est suivie grâce aux données relatives aux infractions déclarées à la législation sur les stupéfiants. Les chiffres reflètent les différences entre les législations et priorités nationales, ainsi que les différentes manières dont les lois sont mises en œuvre et respectées.

En 2017, approximativement 1,5 million d'infractions à la législation sur les stupéfiants ont été signalées dans l'Union européenne, soit une progression d'un cinquième (20 %) depuis 2007. La majorité de ces infractions (79 %) était liée à l'usage ou à la détention de drogue, ce qui représente un total d'environ 1,2 million d'infractions, soit 27 % de plus qu'il y a 10 ans. Les infractions liées à l'usage ou à la détention de cannabis ont continué d'augmenter. Le cannabis était impliqué dans les trois quarts (75 %) desdites infractions, bien que ce chiffre ait diminué de deux points de pourcentage par rapport à 2016. La tendance à la hausse des infractions liées à l'usage ou à la détention de MDMA/ecstasy s'est poursuivie en 2017, quand bien même ces dernières ne représentent encore que 2 % des infractions pour consommation (figure 1.14).

Au total, le nombre d'infractions liées à l'offre de drogues dans l'Union européenne a augmenté de 22 % depuis 2007, pour atteindre un chiffre estimé à plus de 230 000 cas en 2017. Là encore, le cannabis prédomine, puisque la majorité de ces infractions (57 %) s'y rapporte. Les signalements d'infractions liées à l'offre de MDMA/ecstasy sont en hausse depuis 2011 (figure 1.14), tandis que le nombre d'infractions liées à l'offre d'héroïne a légèrement diminué et que la situation pour la cocaïne est relativement stable pour la même période.

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2019

[Country Drug Reports 2019.](#)

2018

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation — an update from the EU Early Warning System, [Rapid communications](#).

Captagon: understanding today's illicit market, [EMCDDA Papers](#).

2017

[Cannabis legislation in Europe: an overview.](#)

[Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on drugs.](#)

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, [EMCDDA Paper](#).

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, [EMCDDA Paper](#).

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, [Technical reports](#).

Synthetic cannabinoids in Europe, [Perspectives on Drugs](#).

2016

[Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.](#)

[Internet and drug markets, Insights](#).

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, [Perspectives on Drugs](#).

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, [Perspectives on Drugs](#).

2015

[Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs](#).

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, [Rapid communications](#).

[Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs](#).

2014

[New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs](#).

Publications de l'EMCDDA et d'Europol

2018

[Improved drug supply indicators for Europe: progress report](#), joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylentanyl), [Joint Reports](#).

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

2017

[Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy](#).

2016

[EU Drug Markets Report: In-depth Analysis](#).

[EU Drug Markets Report: Strategic Overview](#).

Publications de l'EMCDDA et d'Eurojust

2016

[New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions](#).

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

2

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

Usages de drogues: prévalence et tendances

L'éventail des drogues consommées aujourd'hui en Europe est plus diversifié que par le passé. La polyconsommation est courante chez les usagers de drogues et les pratiques individuelles vont de l'expérimentation à l'usage courant et à la dépendance. Le cannabis est la drogue la plus couramment consommée: sa prévalence est environ cinq fois supérieure à celle des autres substances. Bien que l'usage d'héroïne et des autres opioïdes demeure relativement rare, ces drogues sont celles qui restent les plus couramment associées aux formes de consommation les plus à risque, notamment l'injection. L'ampleur de l'usage de stimulants et les types de stimulants les plus courants varient d'un pays à l'autre, et de plus en plus d'éléments viennent attester d'une progression potentielle de leur utilisation par injection. Toutes drogues confondues, la consommation est généralement plus répandue chez les hommes et cette caractéristique s'accentue d'autant plus que l'usage est plus intensif ou régulier.

Suivi de la consommation de drogues

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

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

Des études d'estimations de l'usage problématique de drogues permettent de déterminer l'ampleur des problèmes les plus enracinés, tandis que les données sur les usagers admis en traitement, lorsqu'elles sont examinées parallèlement à d'autres indicateurs, aident à mieux comprendre la nature et les tendances de l'usage problématique de drogues.

D'autres sources de données plus ciblées sont également utilisées ici. Ces indicateurs «de pointe» apportent des informations sur l'évolution des modes de consommations de drogues et sur les types de drogues utilisés. Bien qu'elles ne soient pas représentatives de la population générale, ces sources fournissent des données supplémentaires utiles. Toutes les sources de données sur la consommation de drogues recèlent des points forts et des points faibles, et aussi bien la disponibilité que la qualité des données peut varier selon les pays. C'est pourquoi l'EMCDDA adopte une approche prudente faisant intervenir plusieurs indicateurs pour dépeindre la situation européenne en matière de drogues.

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

Environ 96 millions d'adultes ont déjà consommé des drogues illicites

Dans l'Union européenne, environ 96 millions d'adultes, soit 29 % des personnes âgées de 15 à 64 ans, auraient déjà consommé des drogues illicites au cours de leur vie. Les hommes sont plus nombreux (57,8 millions) que les femmes (38,3 millions) à déclarer cette consommation. La drogue la plus expérimentée est le cannabis (55,4 millions d'hommes et 36,1 millions de femmes); des estimations beaucoup plus faibles sont rapportées pour l'usage au cours de la vie de cocaïne (12,4 millions d'hommes et 5,7 millions de femmes), de MDMA/ecstasy (9,3 millions d'hommes et 4,6 millions de femmes) et d'amphétamines (8,3 millions d'hommes et 4,1 millions de femmes). Les niveaux d'usage de cannabis au cours de la vie diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, allant d'environ 4 % des adultes à Malte à 45 % en France.

La consommation de drogues au cours de l'année écoulée constitue un indicateur de l'usage de drogues récent: elle est majoritairement le fait de jeunes adultes. Selon les estimations, 19,1 millions de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) auraient consommé des drogues au cours de l'année écoulée (16 %), les hommes (20 %) étant à peu près deux fois plus nombreux que les femmes (11 %) à rapporter ce comportement.

Consommation de cannabis chez les jeunes

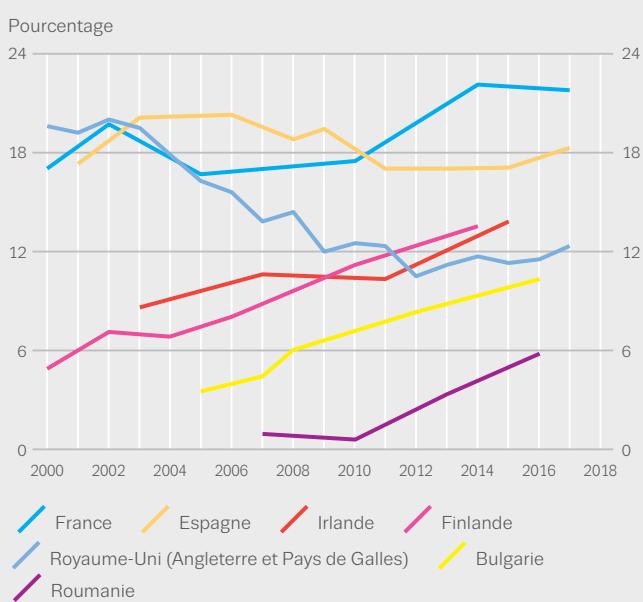
Toutes tranches d'âge confondues, le cannabis est la drogue illicite la plus couramment consommée. Il est généralement fumé et, en Europe, fréquemment mélangé à du tabac. L'usage de cannabis peut être occasionnel, régulier ou témoigner d'une dépendance.

Selon les estimations, dans l'Union européenne, 91,2 millions d'adultes (âgés de 15 à 64 ans), soit 27,4 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Parmi ceux-ci, on estime que 17,5 millions de jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), soit 14,4 % de cette tranche d'âge, ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Chez les jeunes adultes, les taux de prévalence au cours de l'année écoulée varient entre 3,5 % en Hongrie et 21,8 % en France. Parmi ces consommateurs, le ratio était de deux jeunes hommes pour une jeune femme. Si l'on ne considère que les personnes âgées de 15 à 24 ans, la prévalence de l'usage de cannabis est plus élevée: 18 % (10,1 millions) d'entre elles en ont consommé au cours de l'année écoulée et 9,3 % (5,2 millions) au cours du mois écoulé.

Dans la plupart des pays, les résultats d'enquêtes récentes montrent soit une stabilité, soit une hausse de la

FIGURE 2.1

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



N.B.: des tranches d'âge autres que celle de 15 à 34 ans sont signalées par le Danemark, le Royaume-Uni et la Norvège (16-34 ans), la Suède (17-34 ans), l'Allemagne, la France, la Grèce et la Hongrie (18-34 ans).

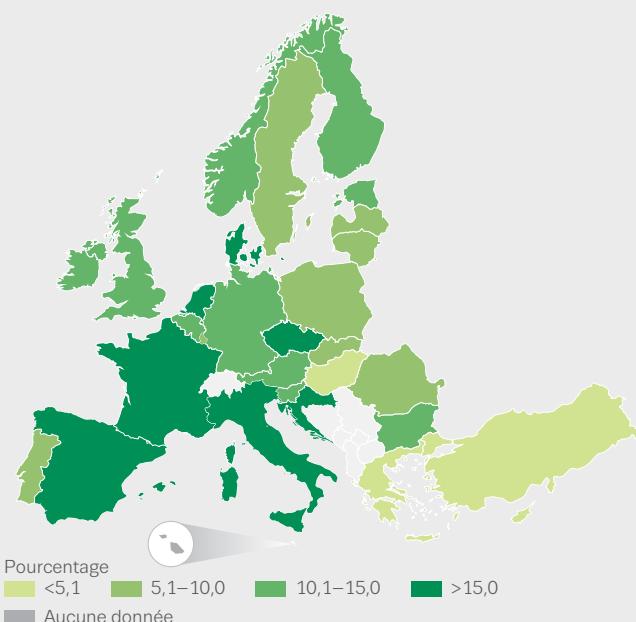


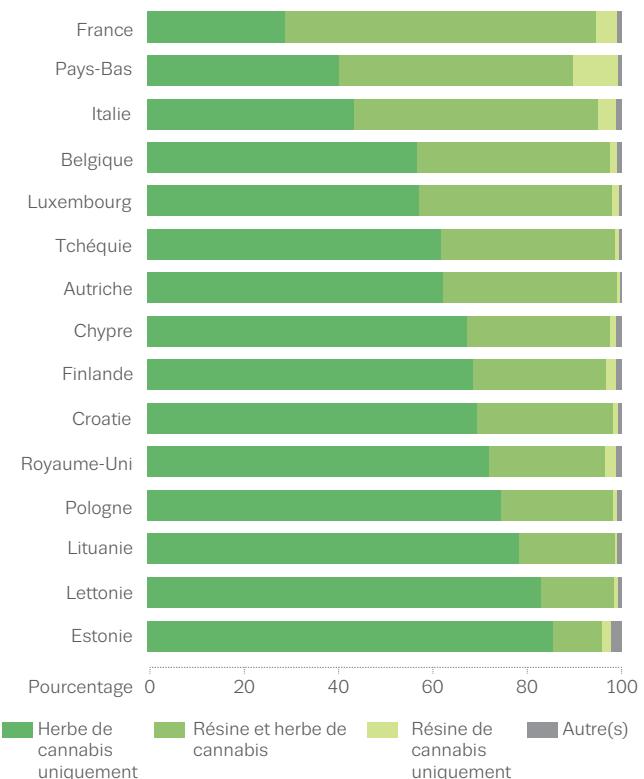
FIGURE 2.2

consommation de cannabis par les jeunes adultes au cours de l'année écoulée. Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2016 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, six ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, cinq, des estimations stables et un pays a indiqué une baisse. Dans 11 de ces pays, l'enquête la plus récente fait état d'une augmentation de la consommation chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Rares sont les pays qui disposent de données d'enquête suffisantes pour pouvoir produire une analyse statistique des tendances sur le long terme en matière de consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans). Dans ces pays, après les baisses précédemment observées en Espagne et au Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles), les dernières données montrent une stabilisation, même si le Royaume-Uni a connu une augmentation à 12,3 % au cours de l'année la plus récente (figure 2.1). Depuis l'année 2000, une tendance à la hausse de la prévalence de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes durant l'année écoulée a été observée dans un certain nombre de pays. Il s'agit de l'Irlande et de la Finlande, où les données les plus récentes indiquent des niveaux avoisinant la moyenne de l'Union européenne (14,4 %) ainsi que de la Bulgarie et de la Roumanie, quoiqu'avec des niveaux plus faibles. En France, des enquêtes récentes montrent que les taux de prévalence sont stables, à un niveau élevé de 22 %. Au Danemark, une enquête réalisée en 2017 a mis en évidence une diminution: 15,4 % contre une estimation de 17,6 % en 2013.

Les données provenant d'enquêtes en ligne peuvent fournir des informations complémentaires à celles menées en population générale et apporter des précisions sur l'usage des drogues en Europe. Bien qu'elles ne soient pas représentatives de la population générale, ces enquêtes en ligne permettent d'atteindre de vastes échantillons de personnes qui consomment des drogues. L'enquête européenne en ligne sur les drogues a permis de recueillir des informations auprès de 40 000 usagers de drogues, contactés principalement au moyen des médias sociaux, sur leurs habitudes en matière de consommation et d'achat des drogues illicites les plus couramment utilisées. Les résultats montrent que l'herbe de cannabis a été plus souvent consommée que la résine de cannabis. Toutefois, de nombreuses personnes interrogées, notamment en France, en Italie et aux Pays-Bas, ont déclaré avoir consommé du cannabis sous les deux formes. L'usage de résine de cannabis uniquement a rarement été signalé (figure 2.2).

Formes de cannabis utilisées au cours de l'année écoulée par les participants à une enquête en ligne qui ont déclaré avoir consommé cette drogue



N.B.: l'enquête a été menée en deux temps: d'abord en 2016 (pour la Tchéquie, la France, la Croatie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), puis en 2017/2018 (pour 10 autres pays de l'UE).

Source: Enquête européenne en ligne sur les drogues

Usage problématique de cannabis: des signes de stabilisation

Les enquêtes en population générale permettent d'estimer à environ 1 % le nombre d'adultes dans l'Union européenne qui consomment quotidiennement ou quasi quotidiennement du cannabis, autrement dit, qui ont consommé cette drogue pendant 20 jours ou plus au cours du mois écoulé. Environ 60 % de ceux-ci sont des usagers de moins de 35 ans et environ les trois quarts sont de sexe masculin.

Associées à d'autres indicateurs, les données relatives aux personnes admises en traitement pour des problèmes liés au cannabis peuvent fournir des informations sur la nature et l'ampleur de l'usage problématique de cannabis en Europe. En 2017, en Europe, environ 150 000 personnes ont entamé un traitement du fait de problèmes associés

Le cannabis est la drogue illicite la plus couramment consommée

à leur consommation de cannabis; parmi ces dernières, environ 83 000 étaient admises en traitement pour la première fois de leur vie. Dans les 24 pays disposant de données, le nombre global de patients admis en traitement pour la première fois pour des problèmes liés au cannabis a augmenté de 76 % entre 2006 et 2017.

Globalement, 47 % des consommateurs pour lesquels le cannabis est la drogue posant le plus de problèmes, admis en traitement pour la première fois en 2017, ont indiqué avoir consommé cette drogue dans le mois qui précédait, les chiffres allant de 10 % ou moins en Lettonie, en Hongrie et en Roumanie à 68 % ou plus en Espagne, aux Pays-Bas et en Turquie.

Consommation de cocaïne: des signes d'augmentation

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment consommée en Europe et son usage est plus répandu dans les pays situés au sud et à l'ouest du continent. Ces dernières années, l'usage de cette drogue a progressé en Europe. Pour des besoins d'observation et de recherche, les consommateurs de cocaïne peuvent être regroupés de différentes manières, en fonction de leur lieu de vie, du produit utilisé ou de ce qui motive leur consommation. Parmi les consommateurs réguliers, une importante distinction peut être établie entre les consommateurs généralement plus intégrés socialement,

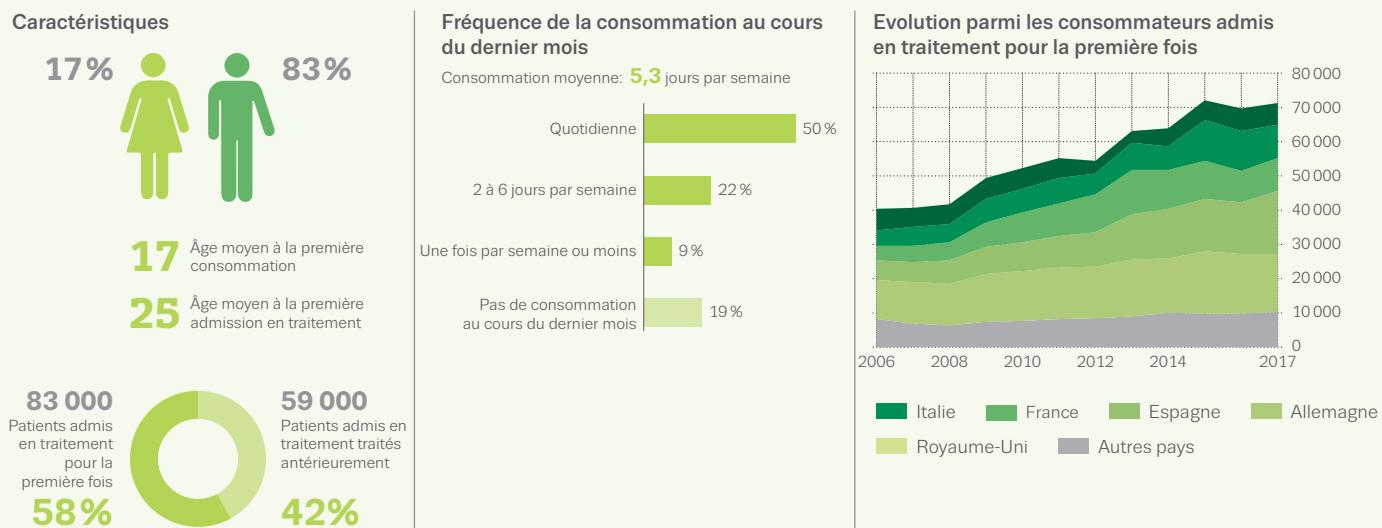
qui sniffent de la cocaïne sous forme de poudre (forme chlorhydrate) et les consommateurs marginalisés, qui se l'injectent ou fument du crack (cocaïne basée), parfois en combinaison avec des opioides. De nombreuses séries de données ne permettent pas d'établir de distinction entre les deux formes de cocaïne (poudre ou crack); aussi l'expression «consommation de cocaïne» englobe-t-elle les deux formes.

Selon les estimations, dans l'Union européenne, 18 millions d'adultes (âgés de 15 à 64 ans), soit 5,4 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie. Parmi ces consommateurs, on estime à environ 2,6 millions le nombre de jeunes adultes de 15 à 34 ans (2,1 % de cette tranche d'âge) qui ont consommé cette substance au cours de l'année écoulée.

Il existe six pays, à savoir le Danemark, l'Irlande, l'Espagne, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, faisant état d'une prévalence de la consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes s'établissant à 2,5 % ou plus (figure 2.3). Parmi les pays qui réalisent des enquêtes depuis 2016 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, trois ont signalé des estimations plus élevées par rapport à celles de l'enquête comparable précédente et neuf, des estimations stables.

Une analyse statistique des tendances sur le long terme en matière de consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes ne peut être faite

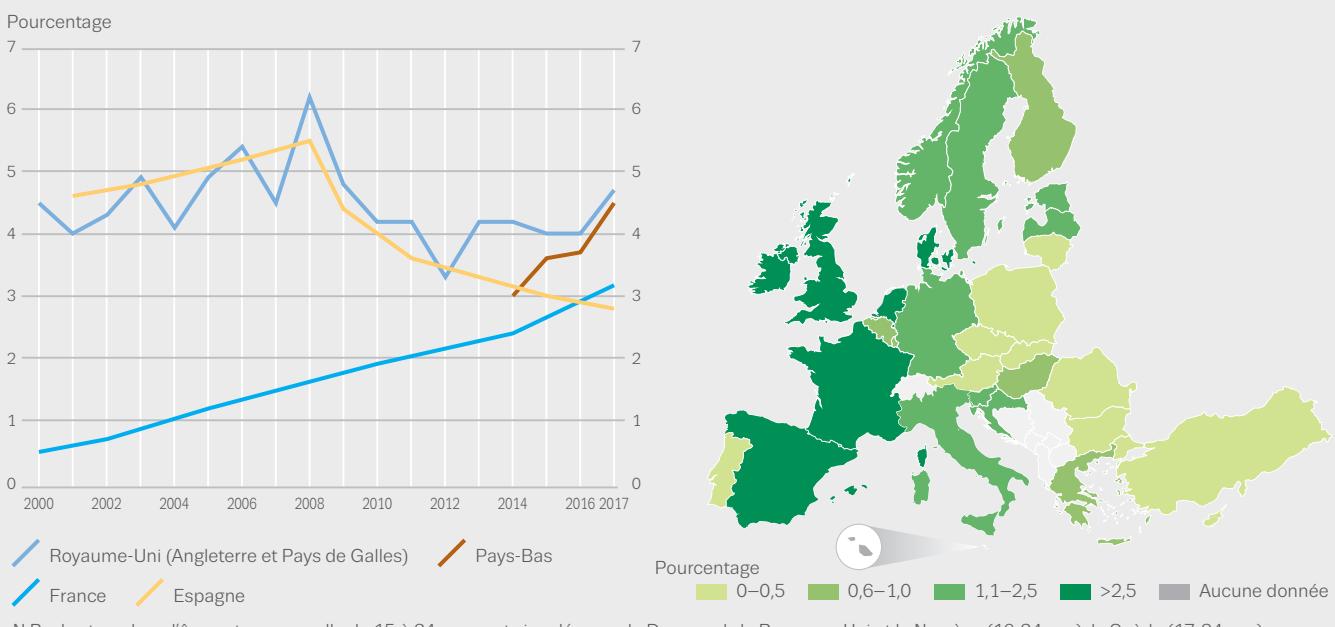
CONSOMMATEURS DE CANNABIS ADMIS EN TRAITEMENT



N.B.: outre celles pour les tendances, les données concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant le cannabis comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 24 pays. Seuls les pays disposant de données pour au moins 11 des 12 années sont inclus dans le graphique des évolutions. Les valeurs manquantes sont interpolées à partir des années précédentes ou suivantes. Les données depuis 2014 concernant l'Italie ne sont pas comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national. En raison de modifications apportées au système de déclaration, les totaux 2017 pour l'Allemagne sont des estimations fondées sur les données 2016.

FIGURE 2.3

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



N.B.: des tranches d'âge autres que celle de 15 à 34 ans sont signalées par le Danemark, le Royaume-Uni et la Norvège (16-34 ans), la Suède (17-34 ans), l'Allemagne, la France, la Grèce et la Hongrie (18-34 ans).

que pour un petit nombre de pays. Pour quelques-uns d'entre eux, certaines données attestent d'une utilisation en hausse: l'enquête annuelle menée au Royaume-Uni a fait état d'une augmentation à 4,7 % après une période de stabilité relative; la quatrième enquête annuelle comparable réalisée aux Pays-Bas a confirmé une tendance à la hausse avec un taux atteignant 4,5 %; et en France, la tendance à la hausse s'est poursuivie avec un taux dépassant pour la première fois les 3 % pour les 26-34 ans. En revanche, l'Espagne a continué d'enregistrer une baisse de la prévalence, qui est tombée à 2,8 % (figure 2.3).

Menée en 2018 par l'EMCDDA, une étude exploratoire des tendances examine plusieurs sources de données et a révélé que l'augmentation de la disponibilité d'une cocaïne plus pure sur les marchés européens des drogues pourrait entraîner une résurgence de l'usage de cette drogue dans certains pays. Ladite étude a également mis en évidence des éléments indiquant que la cocaïne se répand sur de nouveaux marchés en Europe orientale, où elle était auparavant peu consommée.

L'analyse des eaux usées municipales réalisée dans le cadre d'une étude multi-villes afin d'y détecter des résidus de cocaïne vient compléter les résultats des enquêtes de population. Cette analyse permet de mesurer la consommation collective de substances pures au sein d'une communauté; ses résultats ne sont donc pas directement comparables aux estimations de prévalence

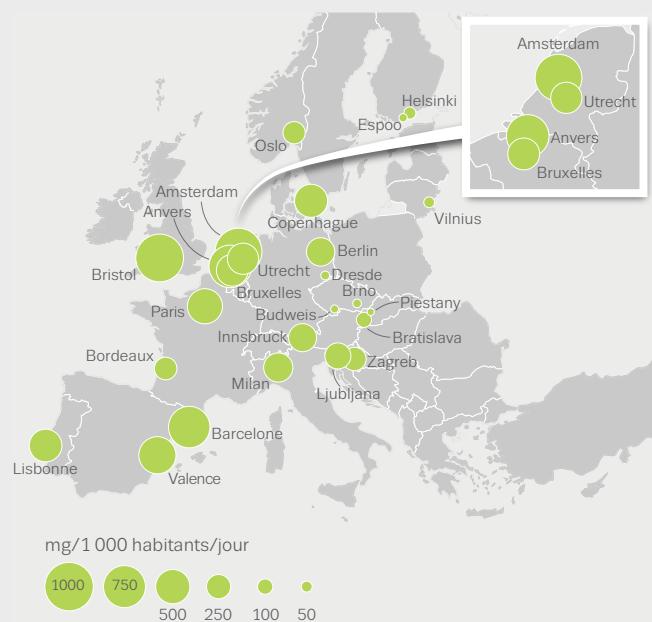
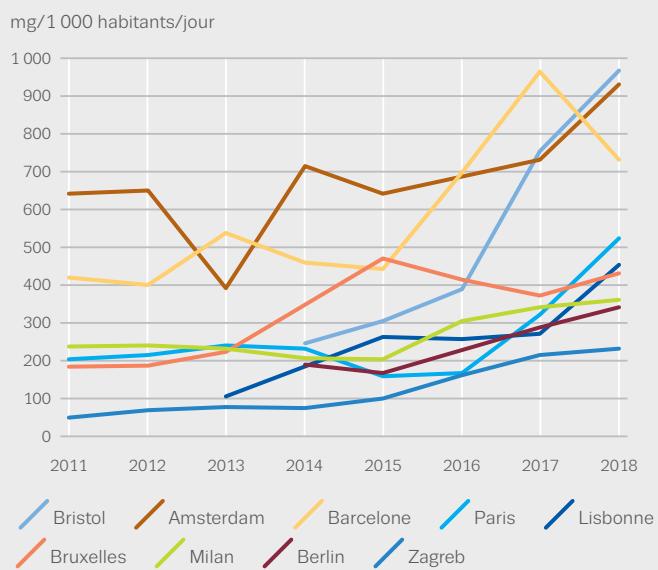
provenant des enquêtes nationales en population générale. Les résultats de l'analyse des eaux usées sont présentés sous la forme de quantités normalisées (charges de masse) de résidus de drogues par millier d'habitants et par jour. Ces quantités normalisées peuvent renseigner sur le volume de cocaïne consommé dans un lieu donné, mais ne fournissent pas d'informations directes quant au nombre d'usagers.

Selon une analyse faite en 2018, les charges de masse les plus élevées de benzoylecgonine (le principal métabolite de la cocaïne) ont été détectées dans des villes de Belgique, d'Espagne, des Pays-Bas et du Royaume-Uni. De très faibles concentrations ont été observées dans la majorité des villes d'Europe orientale étudiées (figure 2.4) mais les données les plus récentes montrent des signes d'augmentation. La comparaison avec les données de l'année précédente laisse entrevoir un usage généralement en hausse. Parmi les 38 villes disposant de données pour 2017 et 2018, 22 ont signalé une augmentation, cinq une diminution et 11 une situation stable. Des tendances à la hausse sur le long terme sont signalées pour la plupart des 13 villes disposant de données pour 2011 et 2018.

La cocaïne est le stimulant illicite le plus consommé

FIGURE 2.4

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



N.B.: quantités quotidiennes moyennes de benzoylecgonine en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine chaque année entre 2011 et 2018.

Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

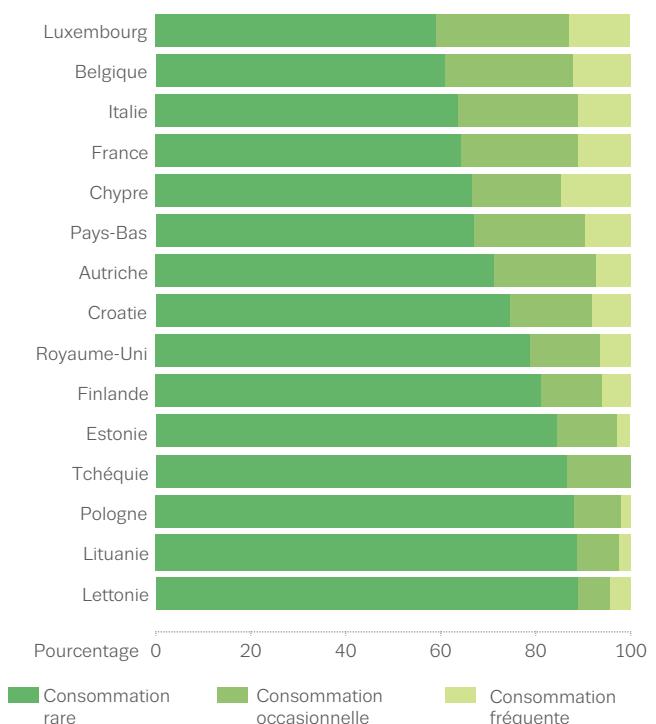
Les données de l'enquête européenne en ligne sur les drogues livrent des enseignements sur les tendances de différents groupes en matière de consommation de cocaïne et sur la manière dont cela peut varier d'un pays à l'autre. Lorsque l'on compare les quantités consommées selon les pays, il importe de noter que le prix et la pureté de la cocaïne sur le marché sont différents d'un pays à l'autre, ce qui peut avoir une incidence sur les quantités utilisées. Parmi les répondants ayant déclaré avoir consommé de la cocaïne, la proportion de celles ayant fait état d'un usage fréquent (plus de 50 jours au cours de l'année précédente) variait de 0 % en Tchéquie à plus de 10 % en Belgique, à Chypre, en France, en Italie et au Luxembourg (figure 2.5). La consommation de cocaïne était variable d'un pays à l'autre, allant de 1,3 gramme par jour en moyenne en Autriche, Belgique et France à 3,5 grammes à Chypre. En général, par rapport aux usagers plus occasionnels, les usagers fréquents consommaient chaque jour des quantités plus élevées de cocaïne.

Usage problématique de cocaïne: augmentation récente des demandes de traitement dans de nombreux pays

La prévalence de l'usage problématique de cocaïne parmi les adultes en Europe est difficile à mesurer, six pays seulement disposent d'estimations récentes. Qui plus est,

FIGURE 2.5

Fréquence de la consommation de cocaïne chez les participants à une enquête en ligne qui ont déclaré avoir consommé cette drogue au cours de l'année écoulée



N.B.: l'enquête a été menée en deux temps: d'abord en 2016 (pour la Tchéquie, la France, la Croatie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), puis en 2017/2018 (pour 10 autres pays de l'UE).

Consommation au cours de l'année écoulée: fréquente, plus de 50 jours; occasionnelle, de 11 à 50 jours; rare, de 1 à 10 jour(s).

Source: Enquête européenne en ligne sur les drogues

ces estimations ne sont pas directement comparables, car elles ont été établies à l'aide de définitions et de méthodes diverses. En Espagne, une nouvelle étude en population générale s'est fondée sur l'importance de la fréquence de consommation pour estimer la consommation problématique de cocaïne à 0,43 % parmi les personnes de 15 à 18 ans en 2017/2018. En 2015, à partir de questions liées à la gravité de la dépendance, l'Allemagne a estimé à 0,2 % l'usage problématique de la cocaïne chez les adultes. En 2017, en s'appuyant sur des données relatives aux traitements et à la justice pénale, l'Italie a estimé que 0,69 % de la population adulte pouvait entrer dans la catégorie des personnes faisant un usage problématique de cocaïne. En France, une étude par capture-recapture réalisée en 2017 a permis d'estimer la prévalence de l'usage problématique de crack à 0,07 %.

L'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni représentent près des trois quarts (73 %) de l'ensemble des admissions en traitement spécialisé liées à la cocaïne à avoir été signalées en Europe. Globalement, la cocaïne a été citée comme étant la drogue posant le plus de problèmes par quelque 73 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé en 2017 et par plus de 33 000 nouveaux patients.

Après une période de recul, le nombre total de patients entamant pour la première fois un traitement pour dépendance à la cocaïne a augmenté de 37 % entre 2014

et 2017. Si une part importante de cette augmentation concerne l'Italie et le Royaume-Uni, au total, 19 pays ont fait état d'augmentations sur cette même période. Dans l'ensemble, les dernières données européennes révèlent un décalage de 11 ans entre la première consommation de cocaïne, en moyenne à l'âge de 23 ans, et le premier traitement pour des problèmes liés à cette drogue, en moyenne à l'âge de 34 ans.

La majorité des patients entamant un traitement spécialisé pour des problèmes liés à l'usage de cocaïne la consomme sous forme de poudre (55 000 ou 14 % de l'ensemble des usagers en traitement en 2017). La plupart des cocaïnomanes sollicitent un traitement pour leur addiction à la cocaine uniquement (46 % de tous les consommateurs de poudre de cocaïne) ou combinée à du cannabis (20 %), de l'alcool (23 %) ou d'autres substances (10 %). Ce groupe est généralement perçu comme relativement bien intégré socialement et bénéficiant de conditions de vie stables et d'un emploi régulier, par opposition aux usagers admis en traitement pour des problèmes associés à des opioïdes. En revanche, les personnes entamant un traitement principalement pour consommation de crack (11 000 patients ou 3 % de l'ensemble des usagers en traitement en 2017) semblent plus marginalisées. La plupart des demandes de traitement liées au crack sont signalées par le Royaume-Uni (65 %). De nombreux patients principalement usagers de crack mentionnent l'héroïne comme deuxième drogue

CONSOMMATEURS DE COCAÏNE ADMIS EN TRAITEMENT



Caractéristiques

15% **85%**

23 Âge moyen à la première consommation

34 Âge moyen à la première admission en traitement

33 500

Patients admis en traitement pour la première fois

36 800

Patients admis en traitement traités antérieurement

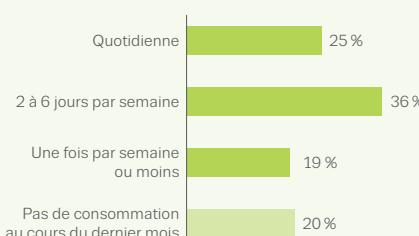
48%



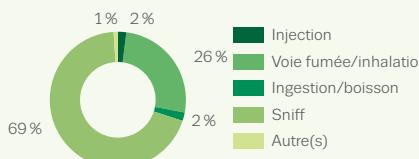
52%

Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

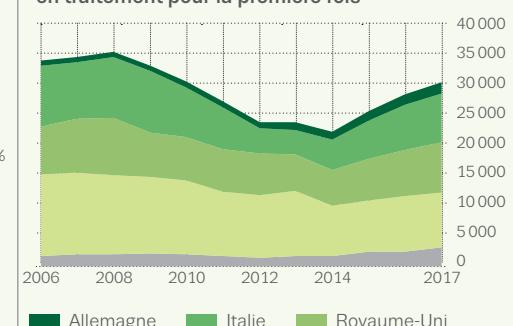
Consommation moyenne de **4,4** jours par semaine



Voie d'administration



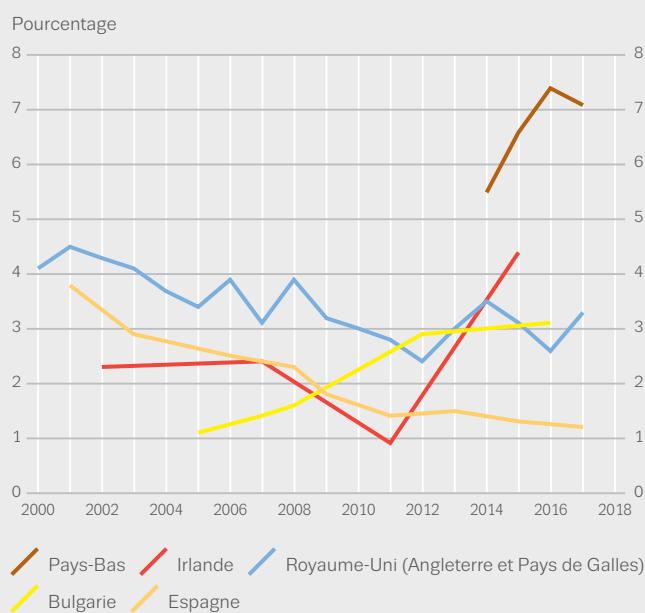
Evolution parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois



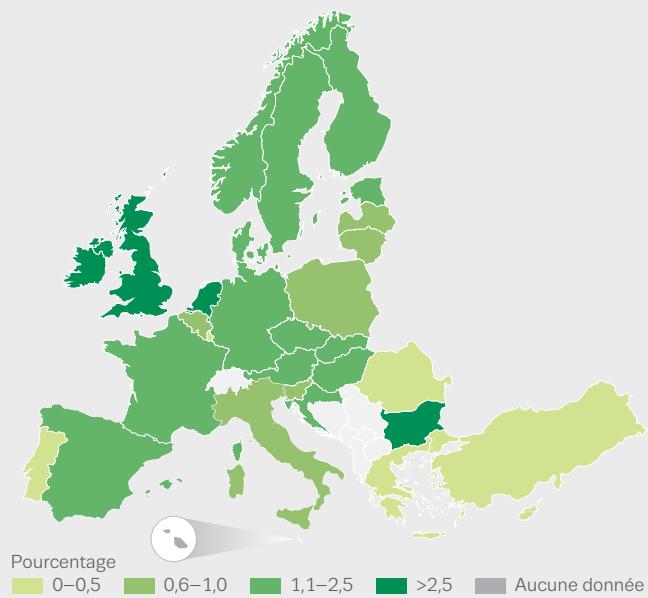
N.B.: outre celles pour les tendances, les données concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant la cocaïne comme drogue posant le plus de problèmes. Les tendances parmi les consommateurs admis en traitement pour la première fois sont basées sur 24 pays. Seuls les pays disposant de données pour au moins 11 des 12 années sont inclus dans le graphique des tendances. Les valeurs manquantes sont interpolées à partir des années précédentes ou suivantes. Les données depuis 2014 concernant l'Italie ne sont pas comparables avec celles des années précédentes du fait de modifications du flux de données à l'échelon national. En raison de modifications apportées au système de déclaration, les totaux 2017 pour l'Allemagne sont des estimations fondées sur les données 2016.

FIGURE 2.6

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



N.B.: des tranches d'âge autres que celle de 15 à 34 ans sont signalées par le Danemark, le Royaume-Uni et la Norvège (16-34 ans), la Suède (17-34 ans), l'Allemagne, la France, la Grèce et la Hongrie (18-34 ans).



leur posant problème. Depuis 2014, des augmentations du nombre de consommateurs de crack sont signalées en Belgique, en Irlande, en France, en Italie, au Portugal et au Royaume-Uni.

La consommation de cocaïne associée à de l'héroïne ou à d'autres opioïdes est rapportée par 56 000 consommateurs ayant entamé un traitement spécialisé en Europe en 2017. Ce nombre représente 16 % de toutes les personnes débutant un traitement pour lesquelles les informations sur la drogue principalement consommée ainsi que sur les autres drogues consommées sont disponibles.

Usage de MDMA/ecstasy: une situation contrastée

La MDMA (3,4-méthylénedioxy-méthamphétamine) est consommée sous forme de comprimés (souvent appelés «comprimés d'ecstasy»), mais aussi sous forme «cristal» ou de poudre; les comprimés sont généralement avalés, tandis que le cristal et la poudre peuvent être consommés par voie orale ou nasale.

Selon les estimations, dans l'Union européenne, 13,7 millions d'adultes (âgés de 15 à 64 ans), soit 4,1 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé de la MDMA/ecstasy au cours de leur vie. Selon les dernières données relatives à la consommation de cette drogue chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), ils seraient

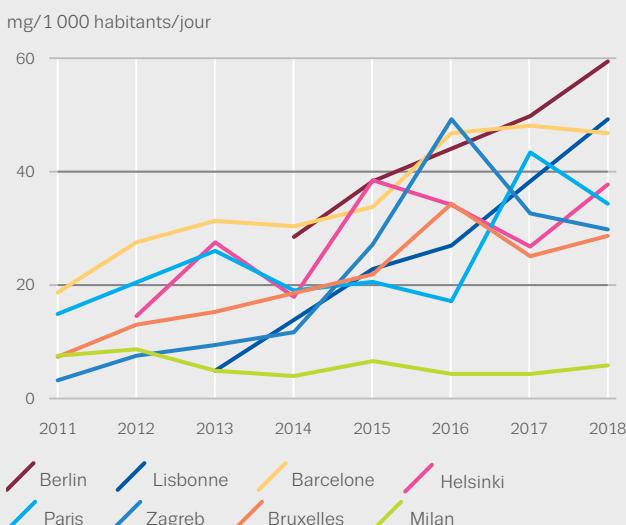
2,1 millions, soit 1,7 % de cette tranche d'âge, à en avoir consommé au cours de l'année écoulée, les estimations nationales s'échelonnant de 0,2 % au Portugal et en Roumanie à 7,1 % aux Pays-Bas (figure 2.6). Les estimations de la prévalence sont plus élevées chez les jeunes de 15 à 24 ans, dont 2,3 % (1,3 million) auraient consommé de la MDMA/ecstasy au cours de l'année précédente.

Jusqu'à récemment, la prévalence de la MDMA/ecstasy était en baisse dans de nombreux pays, après avoir atteint des niveaux record entre le début et le milieu des années 2000. Ces dernières années, toutefois, les sources d'information laissent entrevoir une situation mitigée, sans tendance claire. Parmi les pays qui ont réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2016 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, quatre ont déclaré des estimations plus élevées que lors de la précédente enquête comparable, six, des estimations stables, et deux, une estimation à la baisse.

Lorsqu'elles existent, les statistiques récentes permettant d'analyser les tendances de consommation de MDMA/ecstasy par les jeunes adultes au cours de l'année écoulée, révèlent une situation contrastée (figure 2.6). Au Royaume-Uni, selon les toutes dernières données, la prévalence de la consommation est repartie à la hausse, après les baisses survenues en 2015 et en 2016 qui avaient elles-mêmes fait contre-pied à l'augmentation observée entre 2012 et 2014. En Espagne, la tendance

FIGURE 2.7

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



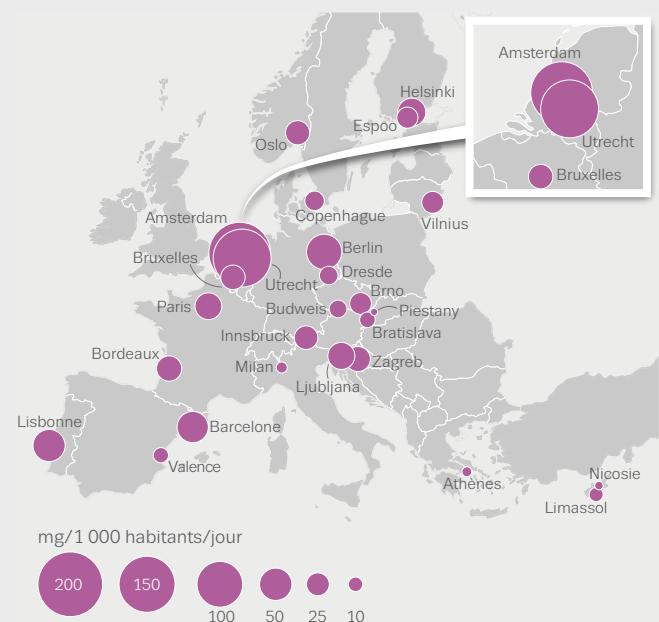
N.B.: quantités quotidiennes moyennes de MDMA en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine chaque année entre 2011 et 2018.

Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

à la baisse sur le long terme se maintient, bien que les valeurs récentes soient stables. Les données les plus récentes montrent une tendance continue à la hausse en Bulgarie. Les données issues de l'enquête menée en 2017 aux Pays-Bas confirment les niveaux élevés rapportés lors des trois enquêtes annuelles antérieures.

Selon une analyse menée en 2018 portant sur plusieurs villes, les charges de masse de MDMA les plus élevées ont été trouvées dans les eaux usées de villes de Belgique, d'Allemagne et des Pays-Bas (figure 2.7). Parmi les 37 villes disposant de données pour 2017 et 2018, 21 ont signalé une augmentation, neuf, une situation stable et sept, une diminution. En ce qui concerne les tendances sur le plus long terme, dans la plupart des villes disposant de données à la fois pour 2011 et 2018 (soit 10 villes), les charges de MDMA dans les eaux usées étaient plus élevées en 2018 qu'en 2011. En 2017, les nettes augmentations observées au cours de la période 2011-2016 semblaient se stabiliser. Toutefois, les données 2018 les plus récentes indiquent des augmentations dans la plupart des villes.

La MDMA/ecstasy est souvent consommée en même temps que d'autres substances, dont l'alcool. Il semble qu'actuellement, dans les pays à prévalence plus élevée, la MDMA/ecstasy ne soit plus une drogue de niche ou liée à une sous-culture; sa consommation ne se limite plus aux clubs et aux soirées électro, elle touche un large éventail



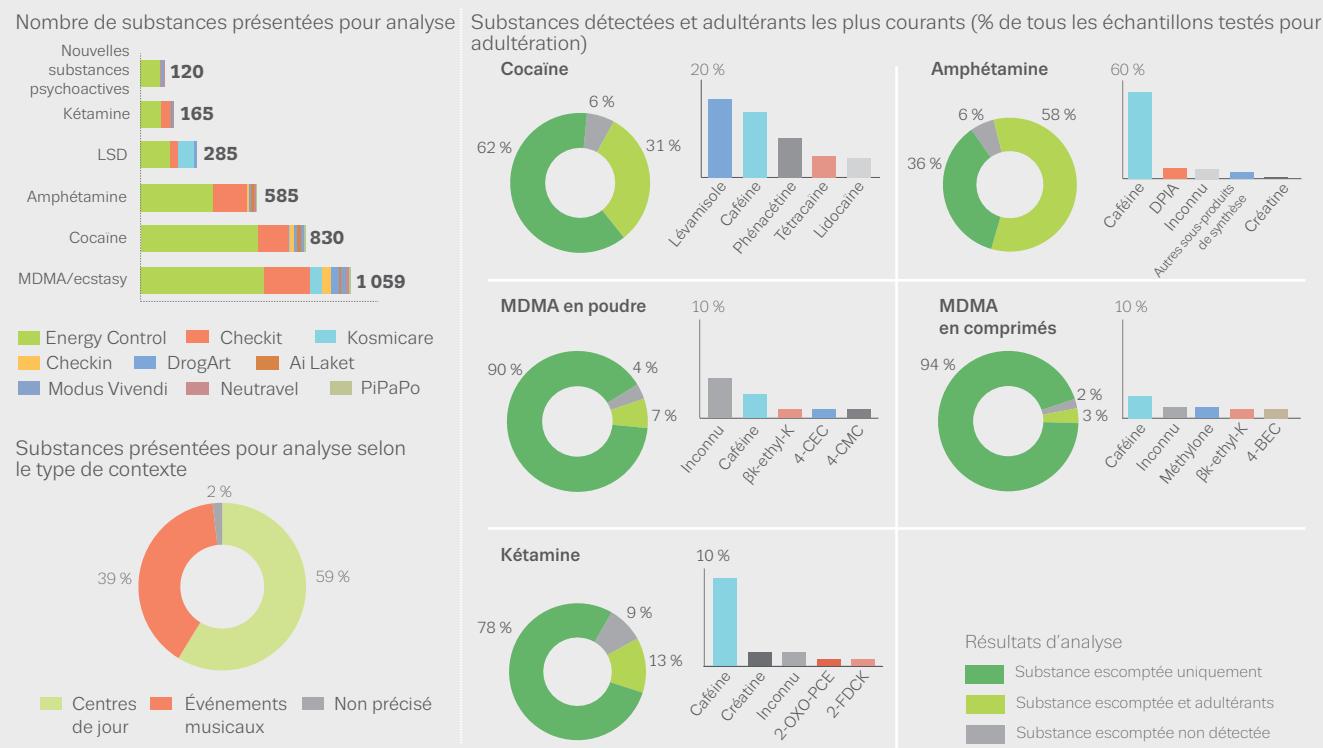
de jeunes gens dans des lieux de vie nocturne courants tels que les bars et les fêtes à domicile. L'enquête européenne en ligne sur les drogues a révélé que parmi les personnes qui avaient consommé de la MDMA/ecstasy au cours de l'année précédente, la proportion de celles ayant fait état d'un usage fréquent (plus de 50 jours au cours de l'année écoulée) variait de 0 % à Chypre à environ 8 % en Autriche et en Croatie.

La consommation de MDMA/ecstasy est rarement citée comme un motif pour entamer un traitement spécialisé. En 2017, la MDMA/ecstasy a été citée par moins de 1 % (1 700 cas environ) des patients entamant un traitement en Europe, 68 % d'entre eux étant répartis entre la France, la Hongrie, le Royaume-Uni et la Turquie.

La MDMA/ecstasy est souvent consommée en même temps que d'autres substances, dont l'alcool

FIGURE 2.8

Échantillons de drogues analysés par les services de testing des drogues entre janvier et juillet 2018



N.B.: les adultérants désignent uniquement les substances qui possèdent des propriétés pharmacologiques actives. Les composés inactifs ne sont pas considérés comme des adulérants.

Source: les données ont été fournies par des services de testing des drogues en Autriche (Checkit), en Belgique (Modus Vivendi), en Italie (Neutravel), au Luxembourg (PiPaPo), au Portugal (Kosmicare et Checkin), en Slovénie (DrogArt) et en Espagne (Energy Control et Ai Laket).

Suivi de la consommation de drogues en contextes récréatifs: méthodes innovantes

Des études permettent régulièrement de constater que la consommation de drogues est plus fréquemment déclarée dans les enquêtes menées dans des lieux de vie nocturne (comme les clubs, les bars ou les festivals de musique) que dans la population générale. De nouveaux moyens de suivre la consommation de drogues en contexte récréatif sont apparus, qui ne se fondent pas uniquement sur des données d'enquête autodéclarées, mais exploitent aussi des analyses chimiques d'échantillons provenant de diverses sources: échantillons biologiques (haleine, urine et cheveux), contenu de «poubelles à drogues» et drogues apportées à des dispositifs de *testing* des drogues.

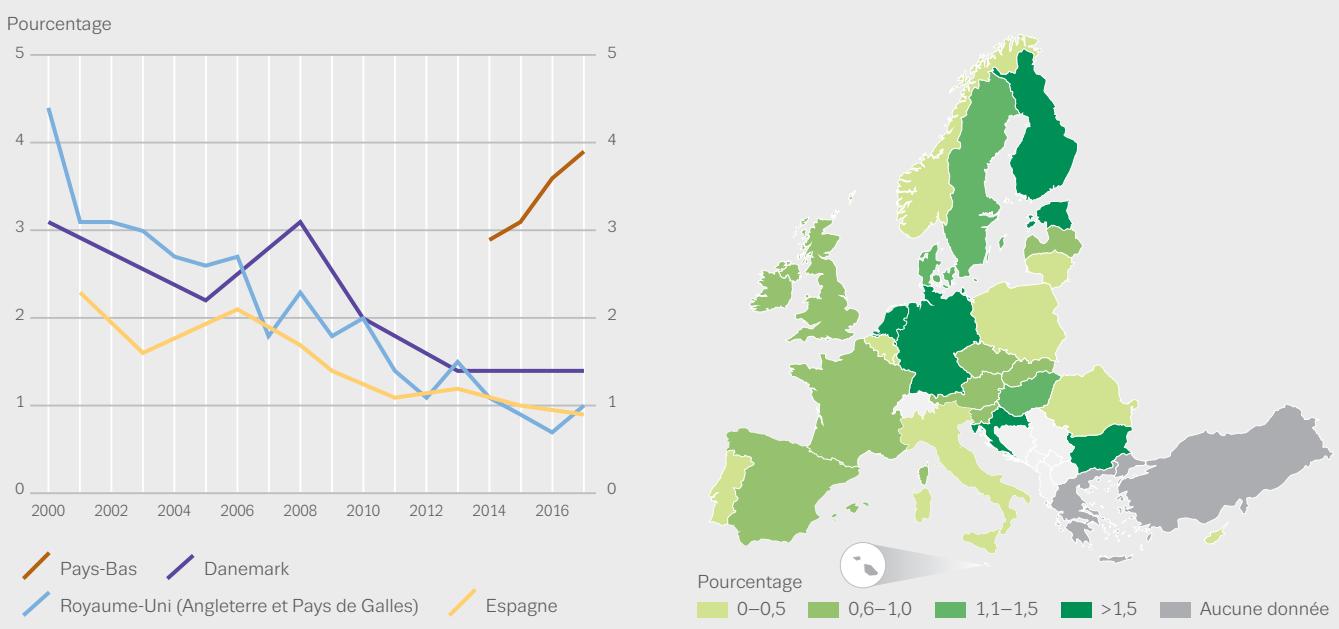
Entre janvier et juillet 2018, 3 044 analyses d'échantillons de drogues fournis par des usagers à neuf services de *testing* opérant dans sept États membres de l'UE ont été effectuées et compilées par le réseau transeuropéen d'information sur les drogues (TEDI). Environ la moitié des échantillons a été testée lors d'événements musicaux et l'autre moitié dans des centres de jour. Le nombre d'échantillons de cocaïne recueillis dans les centres de jour, pour l'essentiel en Espagne, était deux fois supérieur à celui apportés lors d'événements musicaux.

Globalement, la MDMA/ecstasy (en poudre et en comprimés), la cocaïne et l'amphétamine étaient les trois drogues les plus fréquemment présentées pour être testées, quoiqu'il y ait eu des variations entre les pays. L'amphétamine, dont l'analyse a rarement été sollicitée en Belgique et au Portugal, représentait par contre plus de 25 % des échantillons apportés en Italie et en Autriche. Les nouvelles substances psychoactives, principalement les cathinones de synthèse, ne représentaient que 3 % de toutes les drogues testées; ceci étant, certaines de ces substances, telles que le 4-CMC et le 4-CEC (cathinones de synthèse), ont parfois été détectées dans des échantillons présentés comme étant de la MDMA/ecstasy, où elles servaient d'adultérants (figure 2.8).

Les données sur la pureté des drogues obtenues par huit services de *testing* au cours du premier semestre 2018 confirment des informations récentes faisant état d'une disponibilité accrue de MDMA/ecstasy et de cocaïne très pures sur les marchés des drogues en Europe occidentale. La plus forte dose moyenne de MDMA mesurée dans les comprimés analysés par ces services de *testing* a été signalée en Belgique (182 mg). Toutefois des comprimés contenant des quantités élevées de MDMA (plus de 250 mg) ont été signalés par cinq services. Dans l'ensemble, les échantillons présentés aux services

FIGURE 2.9

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



N.B.: des tranches d'âge autres que celle de 15 à 34 ans sont signalées par le Danemark, le Royaume-Uni et la Norvège (16-34 ans), la Suède (17-34 ans), l'Allemagne, la France, la Grèce et la Hongrie (18-34 ans).

comme de la MDMA/ecstasy contenaient peu d'ingrédient actif inattendu car la MDMA frelatée, en poudre ou en comprimés, représentait moins de 10 % de l'ensemble des échantillons de MDMA testés. Dans ces échantillons, la caféine constituait l'adultérant le plus courant. Malgré d'importants niveaux moyens de pureté de la cocaïne (73 %), les échantillons présentés comme de la cocaïne étaient souvent coupés avec des substances potentiellement dangereuses, telles que le lévamisol et la phénacétine, ainsi qu'avec des anesthésiques locaux comme la lidocaïne et la tétracaïne. Parmi toutes les substances testées dans ces services, les échantillons présentés comme de l'amphétamine étaient les plus coupés, affichant une pureté moyenne de 34 % et contenant souvent des doses élevées de caféine.

Amphétamines: une consommation qui varie, mais des tendances stables

L'amphétamine et la méthamphétamine sont deux stimulants apparentés consommés en Europe, bien que l'amphétamine soit beaucoup plus consommée. La consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la Tchéquie et, plus récemment, à la Slovaquie, même si ces dernières années, d'autres pays ont connu des hausses de sa consommation. Dans certaines séries de données, il n'est pas possible de distinguer ces deux substances; dans pareils cas, le terme générique d'amphétamines est utilisé.

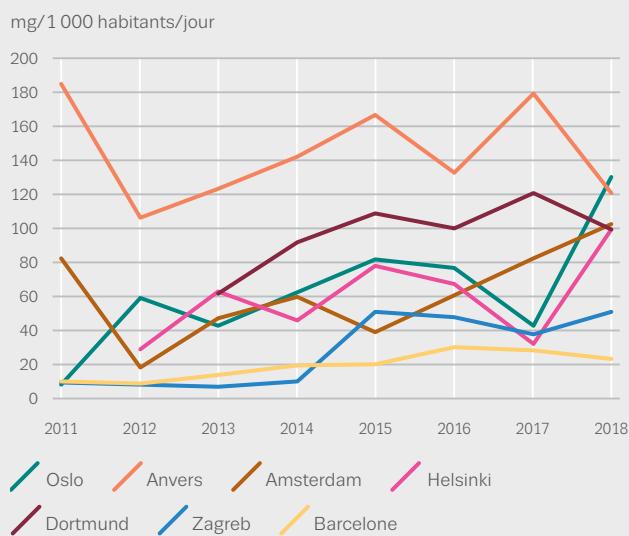
Les deux substances peuvent être consommées par voie orale ou nasale et, dans quelques pays, leur injection constitue une part importante du problème lié à ces drogues. La méthamphétamine peut aussi être fumée, mais ce mode d'administration n'est pas fréquemment signalé en Europe.

Selon les estimations, dans l'Union européenne, 12,4 millions d'adultes (âgés de 15 à 64 ans), soit 3,7 % de cette tranche d'âge, auraient déjà consommé des amphétamines au cours de leur vie. Il ressort des dernières données relatives à la consommation d'amphétamines chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans) qu'ils seraient 1,3 million (1 %) à en avoir consommé au cours de l'année écoulée, les dernières estimations nationales de prévalence s'échelonnant de 0 % au Portugal à 3,9 % aux Pays-Bas (figure 2.9). Les données disponibles révèlent que, depuis le début du siècle, la plupart des pays européens font état d'une situation relativement stable en ce qui concerne la consommation d'amphétamines. Parmi les pays qui ont réalisé de nouvelles enquêtes depuis 2016 et qui ont communiqué des intervalles de confiance, aucun n'a signalé d'estimation plus élevée par rapport à celles de l'enquête comparable précédente, huit ont signalé une tendance stable et trois, des estimations plus faibles.

Une analyse statistique des tendances en matière de prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes ne peut être

FIGURE 2.10

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



N.B.: quantités quotidiennes moyennes d'amphétamine en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine chaque année entre 2011 et 2018.

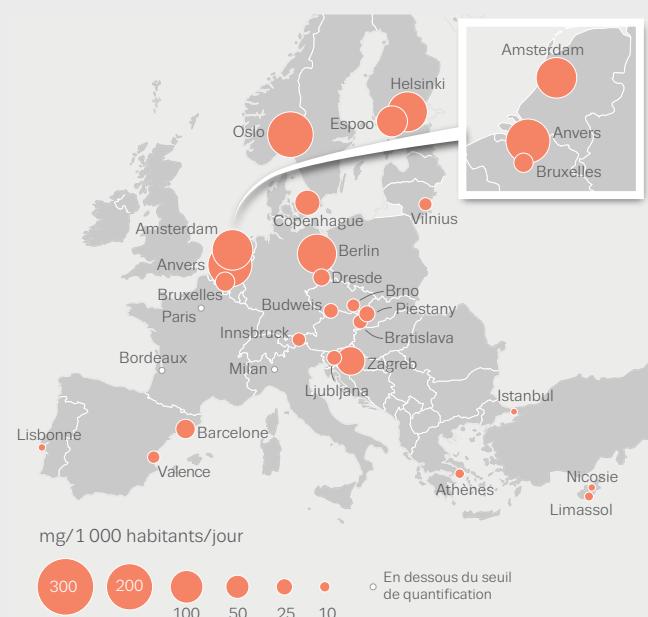
Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

faite que pour un petit nombre de pays. Des tendances à la baisse sur le long terme peuvent être observées au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni (figure 2.9). La quatrième enquête comparable réalisée aux Pays-Bas laisse entrevoir une tendance à la hausse.

Selon l'analyse des eaux usées municipales effectuée en 2018, les charges de masse d'amphétamine variaient considérablement en Europe, les niveaux les plus élevés ayant été signalés dans des villes du nord et de l'est (figure 2.10). Les niveaux de détections d'amphétamine étaient bien plus faibles dans les villes du sud de l'Europe.

Parmi les 38 villes disposant de données pour 2017 et 2018, 21 ont signalé une augmentation, sept, une situation stable et 10, une diminution. Dans l'ensemble, les données municipales couvrant la période 2011-2018 font état d'une situation diversifiée, mais avec des tendances relativement stables dans la majorité des villes s'agissant de l'amphétamine.

La consommation de méthamphétamine, généralement faible et traditionnellement concentrée en Tchéquie et en Slovaquie, semble désormais avoir atteint Chypre, l'est de l'Allemagne, l'Espagne et le nord de l'Europe (figure 2.11). En 2017 et en 2018, parmi les 40 villes disposant de données sur la méthamphétamine présente dans les eaux usées, cinq ont signalé une augmentation, 20, une situation stable et 15, une diminution.



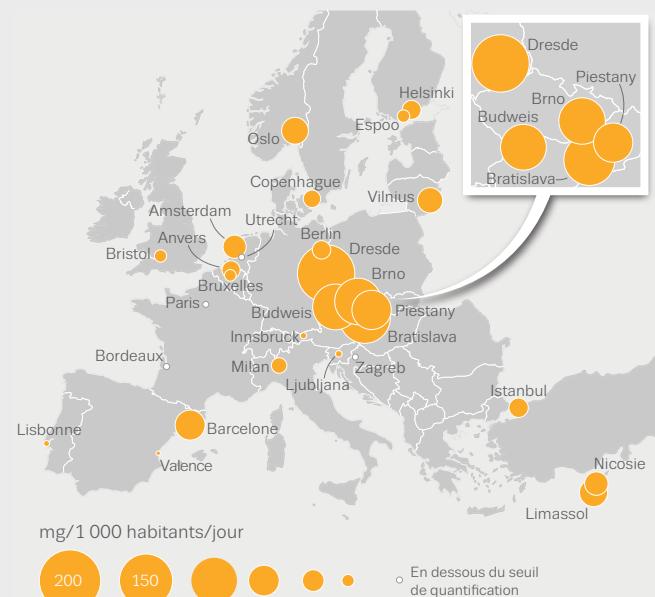
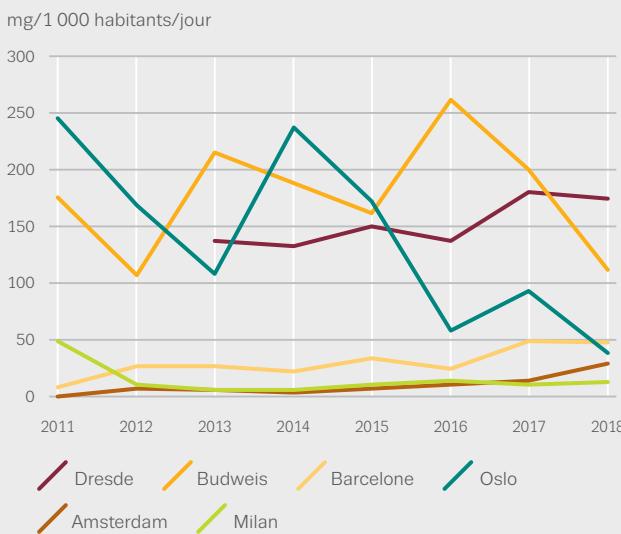
Usage problématique d'amphétamines: forte demande de traitements

Les problèmes liés à la consommation chronique et sur le long terme d'amphétamines par voie intraveineuse ont historiquement été davantage observés dans les pays d'Europe du Nord. En revanche, les problèmes liés à la méthamphétamine sont plus manifestes en Tchéquie et en Slovaquie. Selon une estimation menée en 2015 pour l'Allemagne, 0,19 % des adultes, soit 102 000 personnes, feraient un usage problématique d'amphétamines. Les consommateurs d'amphétamines constituent vraisemblablement la majorité des 2 234 consommateurs problématiques de stimulants estimés (0,18 %) signalés en Lettonie en 2017, ce qui représente une diminution par rapport aux 6 540 (0,46 %) recensés en 2010. En Tchéquie, l'usage problématique de la méthamphétamine chez les adultes (de 15 à 64 ans) a été estimé à 0,50 % environ en 2017 (ce qui correspond à 34 700 usagers). La tendance est donc à l'augmentation (ils n'étaient que 20 900 usagers en 2007), même si les chiffres affichent une relative stabilité ces dernières années. L'estimation pour Chypre était de 0,03 %, soit 176 consommateurs, en 2017.

Environ 30 000 patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe en 2017 (dont environ 12 000 étaient admis en traitement pour la première fois de leur vie) ont déclaré que les amphétamines étaient le produit leur posant le plus de problèmes. Ces consommateurs pour lesquels

FIGURE 2.11

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



N.B.: quantités quotidiennes moyennes de méthamphétamine en milligrammes pour 1 000 habitants. Les échantillons ont été prélevés dans une sélection de villes européennes sur une période d'une semaine chaque année entre 2011 et 2018.

Source: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

l'amphétamine est la principale source de problèmes représentent 15 % ou plus des patients admis en traitement pour la première fois en Allemagne, en Lettonie, en Pologne et en Finlande et une tendance à la hausse a été observée en Allemagne depuis 2009. Les patients admis en traitement qui déclarent que la méthamphétamine est la drogue qui leur pose le plus de

problèmes sont concentrés en Tchéquie, en Slovaquie, en Pologne et en Turquie, qui totalisent à elles quatre 88 % des 5 000 patients entamant un traitement spécialisé pour usage de méthamphétamine en Europe. Les amphétamines sont les drogues pour lesquelles l'écart entre les sexes est le plus faible, même si les femmes ne représentent qu'environ un quart (26 %) des patients

CONSOMMATEURS D'AMPHÉTAMINES ADMIS EN TRAITEMENT



Caractéristiques

26% 74%

20
30

Âge moyen à la première consommation

Âge moyen à la première admission en traitement

12 200

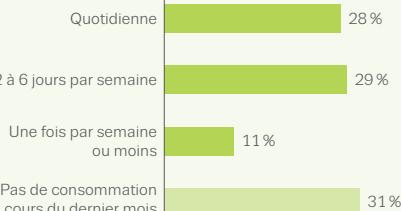
Patients admis en traitement pour la première fois

42%

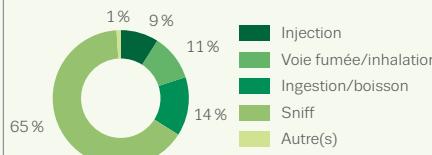


Fréquence de la consommation au cours du dernier mois

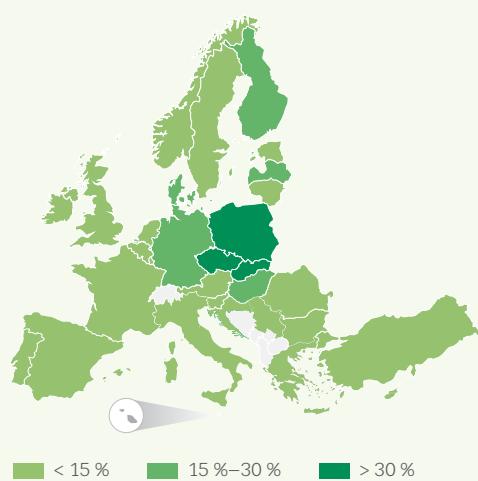
Consommation moyenne de 4,3 jours par semaine



Voie d'administration



Pourcentage de patients admis en traitement pour la première fois, pour toutes les drogues (%)



N.B.: outre celles pour la carte, les données concernent l'ensemble des consommateurs admis en traitement et citant les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes. Les données relatives à l'Allemagne, à la Suède et à la Norvège concernent des patients citant un stimulant autre que la cocaïne comme drogue posant le plus de problèmes.

usagers d'amphétamines. En ce qui concerne le mode d'administration, 14 % de tous les patients admis en traitement ont déclaré avoir consommé des amphétamines par voie orale, 65 % par inhalation et 9 % par injection.

Kétamine, GHB et hallucinogènes: une consommation qui reste faible

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

L'usage récréatif de kétamine et de GHB (y compris son précurseur, la gamma-butyrolactone ou GBL) a été observé dans des sous-groupes d'usagers de drogues en Europe au cours des deux dernières décennies. Quand il en existe, les estimations nationales de prévalence de l'usage de GHB et de kétamine dans les populations adultes et scolaires restent basses. Dans son enquête 2017, la Norvège a signalé une prévalence de l'usage de GHB au cours de l'année écoulée de 0,1 % pour les adultes (de 15 à 64 ans). En 2017, la prévalence de la consommation de kétamine chez les jeunes adultes (de 16 à 34 ans) au cours de l'année écoulée a été estimée à 0,6 % au Danemark et à 1,7 % au Royaume-Uni.

La prévalence globale de consommation de LSD et de champignons hallucinogènes est généralement faible et stable en Europe depuis plusieurs années. Chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans), les enquêtes nationales font état d'une prévalence estimée à moins de 1 % pour les deux substances en 2017 ou l'année de la dernière enquête, à l'exception de la Finlande (1,9 %) et des Pays-Bas (1,6 %) pour les champignons hallucinogènes et de la Norvège (1,1 %) et de la Finlande (1,3 %) pour le LSD.

Nouvelles substances psychoactives: faible usage et diminution des demandes de traitement

Depuis 2011, plus de la moitié des pays européens communiquent des estimations nationales de la consommation de nouvelles substances psychoactives (sans inclure la kétamine et le GHB) dans le cadre de leurs enquêtes en population générale, même si les différences entre les méthodes et les questions des enquêtes limitent les comparaisons entre pays. Chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), la prévalence de la consommation de ces substances au cours de l'année écoulée se situe

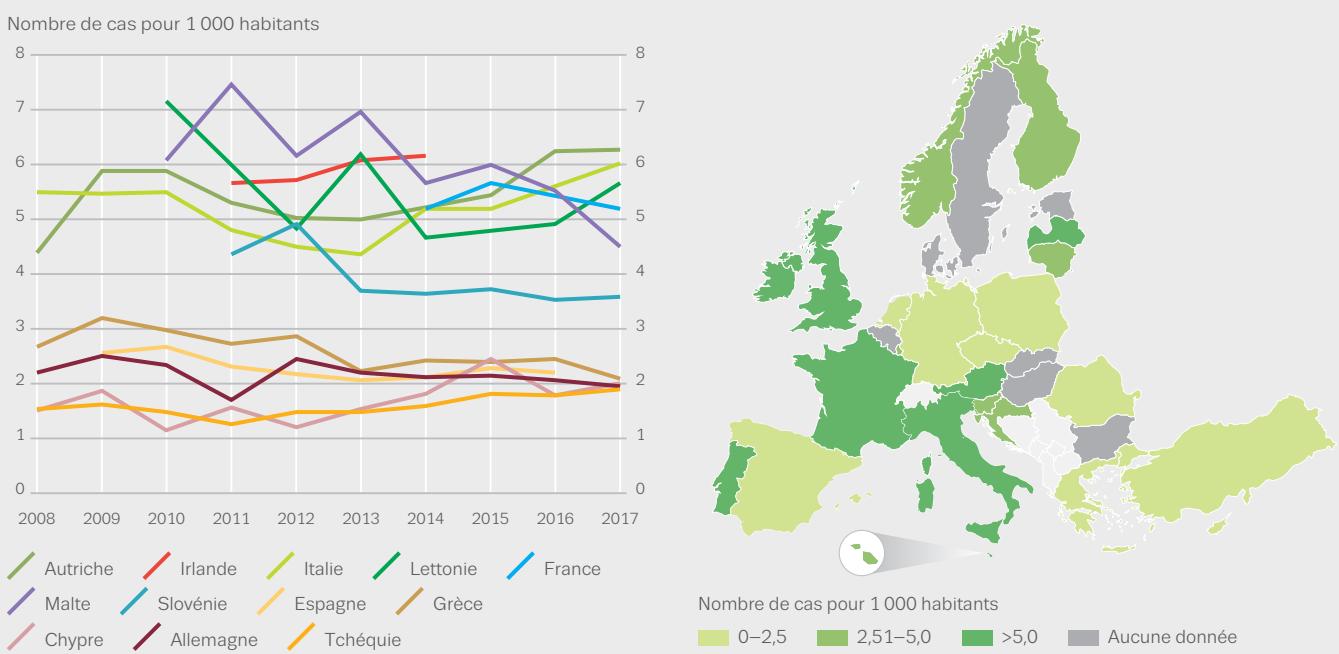
entre 0,1 % en Norvège et 3,2 % aux Pays-Bas, selon les constatations les plus récentes, datées de 2016, la 4-fluoroamphétamine (4FA) étant la plus couramment utilisée aux Pays-Bas. Des données d'enquête concernant la consommation de méthadrone sont disponibles pour le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles). Dans l'enquête la plus récente (2017), la consommation de cette drogue au cours de l'année écoulée chez les jeunes âgés de 16 à 34 ans était estimée à 0,2 %, en baisse par rapport à 2014/2015 (1,1 %). Selon leurs dernières enquêtes, chez les jeunes de 15 à 34 ans, l'estimation de la consommation de cannabinoïdes de synthèse au cours de l'année écoulée oscillait entre 0,1 % aux Pays-Bas et 1,5 % en Lettonie.

Les niveaux de consommation des nouvelles substances psychoactives sont globalement faibles en Europe. Toutefois plus des deux tiers des pays ont indiqué dans une étude menée en 2016 par l'EMCDDA que leur consommation par des personnes à risque élevé d'usage problématique de drogues entraînait des problèmes de santé. Plus spécifiquement, l'usage de cathinones de synthèse par des consommateurs s'injectant des opioïdes et des stimulants a été associé à des problèmes sociaux et sanitaires. Qui plus est, la consommation de cannabinoïdes de synthèse sous une forme à fumer au sein de populations marginalisées, y compris chez les sans-abri et les détenus, a été identifiée comme un problème dans un certain nombre de pays européens.

Globalement, rares sont les patients qui entament actuellement un traitement pour des problèmes liés à la consommation de nouvelles substances psychoactives. Dans certains pays, ces dernières posent néanmoins un problème considérable. Selon les toutes dernières données, la consommation de cannabinoïdes de synthèse a été citée comme principal motif pour entamer un traitement spécialisé par 19 % des patients en Turquie et 6 % en Hongrie. Des problèmes liés à la consommation de cathinones de synthèse comme produit principal ont été mentionnés par 0,2 % des patients débutant un traitement au Royaume-Uni. Ces trois pays, cependant, ont fait état, selon les données les plus récentes, d'une diminution récente des admissions en traitement liées aux nouvelles substances psychoactives.

FIGURE 2.12

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



Usage problématique d'opioïdes: le nombre d'héroïnomanes admis en traitement pour la première fois diminue dans la plupart des pays

En Europe, l'opioïde illicite le plus consommé est l'héroïne, qui peut être fumée, sniffée ou injectée. Divers opioïdes de synthèse tels que la méthadone, la buprénorphine haut dosage et le fentanyl font également l'objet d'un usage détourné.

L'Europe a connu différentes vagues d'addiction à l'héroïne, la première ayant touché de nombreux pays occidentaux à partir du milieu des années 1970 et une deuxième ayant affecté d'autres pays, notamment ceux d'Europe centrale et orientale, du milieu à la fin des années 1990. L'existence d'une cohorte vieillissante de consommateurs problématiques d'opioïdes, susceptibles d'avoir été pris en charge régulièrement ou occasionnellement dans le cadre d'un traitement de substitution ou d'un autre service, a été observée ces dernières années.

La prévalence de l'usage problématique d'opioïdes chez les adultes (de 15 à 64 ans) est estimée à 0,4 % de la population de l'UE, soit l'équivalent de 1,3 million d'usagers problématiques d'opioïdes en 2017. Au niveau national, les estimations de prévalence de l'usage problématique d'opioïdes varient de moins d'un cas à plus de huit cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. Les cinq pays de l'Union les plus peuplés (Allemagne,

Espagne, France, Italie et Royaume-Uni), qui regroupent 62 % de la population de l'Union européenne, comptent les trois quarts (77 %) du nombre estimé de consommateurs problématiques d'opioïdes. Sur les 12 pays pour lesquels il existe des estimations régulières de consommation problématique d'opioïdes entre 2008 et 2017, la Grèce, Malte, la Slovénie et l'Espagne affichent une diminution statistiquement significative, tandis que les chiffres de la Tchéquie et de l'Irlande (jusqu'en 2014) montrent une augmentation également statistiquement significative (figure 2.12).

En 2017, la consommation d'opioïdes a été citée comme étant le principal motif justifiant le suivi d'un traitement spécialisé par 171 000 patients, soit 35 % de l'ensemble des consommateurs admis en traitement en Europe. Parmi ces derniers, 32 000 suivaient un traitement pour la première fois. Parmi les patients ayant entamé pour la première fois un traitement lié principalement à leur consommation d'opioïdes, 78 % (20 500) ont cité l'héroïne comme étant la drogue leur posant le plus de problèmes, ce qui correspond à une baisse de 4 700 patients, soit 17 %, par rapport à l'année précédente.

Selon les données disponibles, le nombre d'héroïnomanes entamant un traitement pour la première fois a diminué de plus de moitié par rapport au chiffre record atteint en 2007, pour atteindre un seuil plancher en 2013 et se stabiliser ces dernières années. Entre 2016 et 2017, le nombre d'héroïnomanes traités pour la première fois a diminué dans 16 pays sur les 27 pour lesquels des données sont disponibles.

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

Si l'héroïne reste l'opioïde illicite le plus consommé, plusieurs sources indiquent que les opioides de synthèse légaux (tels que la méthadone, la buprénorphine haut

dosage et le fentanyl) sont de plus en plus fréquemment détournés de leur usage initial. Les opioides autres que l'héroïne cités par les patients entamant un traitement comprennent la méthadone, la buprénorphine haut dosage, le fentanyl, la codéine, la morphine, le tramadol et l'oxycodone détournés de leur usage initial. Ces opioides autres que l'héroïne sont aujourd'hui mentionnés par 22 % de l'ensemble des patients principalement consommateurs d'opioïdes et, dans certains pays, ils représentent la catégorie d'opioïdes la plus consommée par les patients admis en traitement spécialisé. En 2017, 19 pays européens ont déclaré que plus de 10 % de l'ensemble des patients consommateurs d'opioïdes admis en traitement spécialisé s'étaient présentés pour des problèmes essentiellement liés à des opioides autres que l'héroïne (figure 2.13). En Estonie, la majorité des patients admis en traitement qui citaient un opioïde comme étant la drogue leur posant le plus de problèmes consommaient du fentanyl, tandis qu'en Finlande, la buprénorphine haut dosage était l'opioïde le plus fréquemment cité comme drogue principale consommée par cette même catégorie de patients. L'usage détourné de la buprénorphine haut dosage est cité par près de 22 % des consommateurs d'opioïdes en Tchéquie et celui de la méthadone par respectivement 33 % et 19 % des consommateurs d'opioïdes en Allemagne et au Danemark. À Chypre et en Pologne, entre 20 % et 50 % des consommateurs d'opioïdes sont admis en traitement pour des problèmes

CONSOMMATEURS D'HÉROÏNE ADMIS EN TRAITEMENT

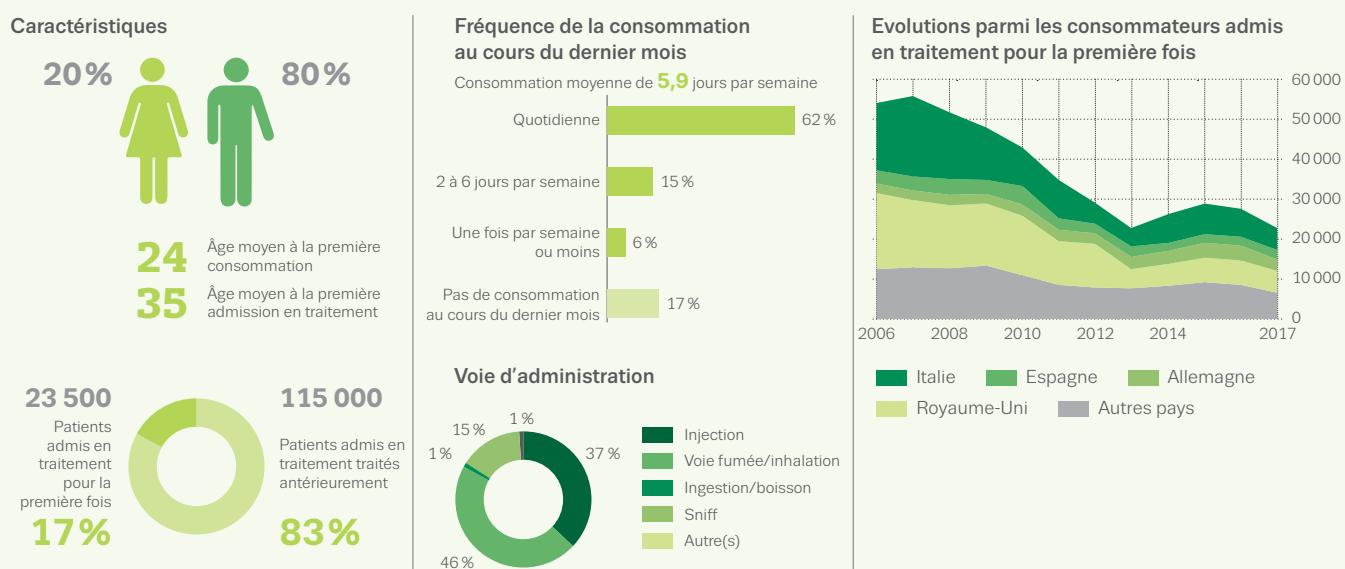
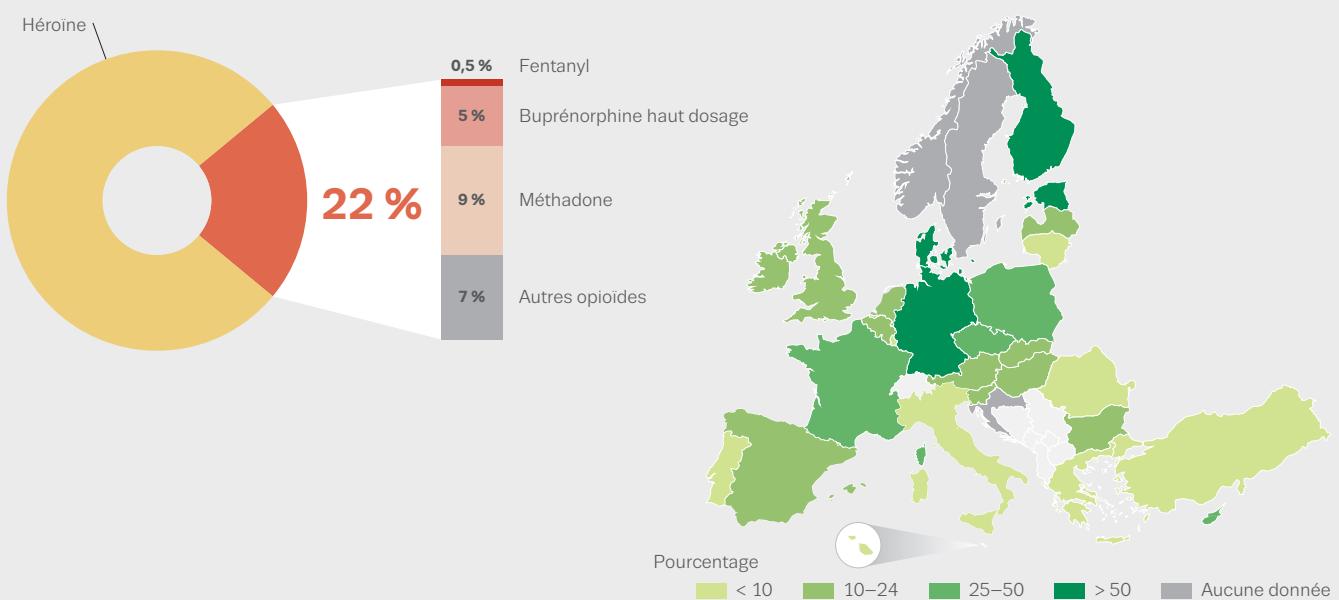


FIGURE 2.13

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



liés à la consommation d'autres opioïdes, comme l'oxycodone (Chypre) et le «kompot», une héroïne fabriquée à partir de paille de pavot (Pologne). De plus, les usagers admis en traitement pour des problèmes associés à des nouvelles substances psychoactives provoquant des effets similaires aux opioïdes peuvent être comptabilisés sous l'intitulé général des opioïdes.

quatre pays, où les substances consommées incluent les cathinones de synthèse (Hongrie), la cocaïne (France), l'amphétamine (Lettonie) et la méthamphétamine (Tchéquie).

La consommation de drogues par voie intraveineuse continue de diminuer parmi les nouveaux patients héroïnomanes

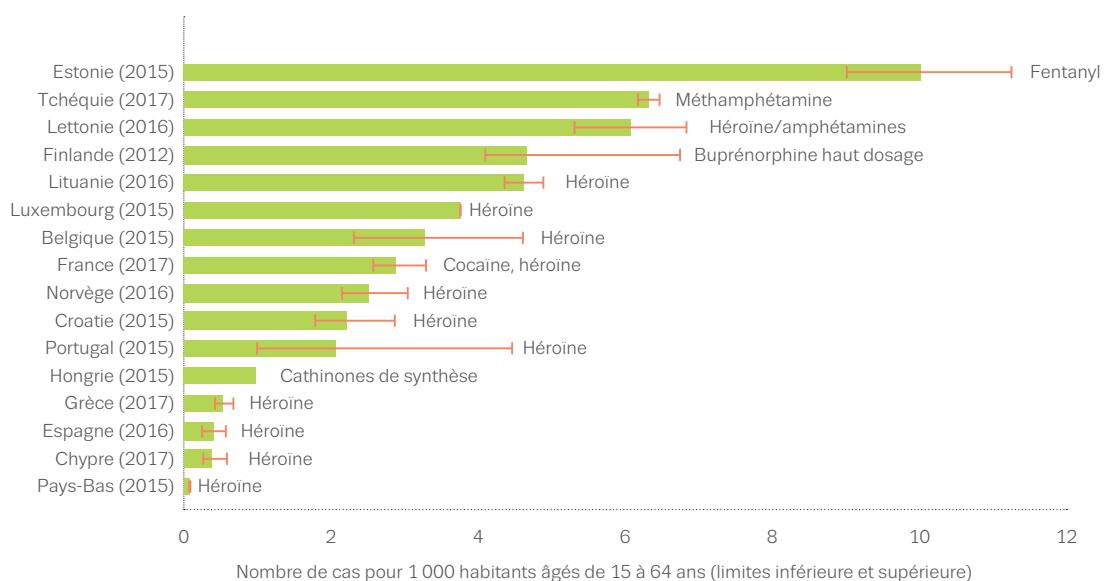
La consommation de drogues par voie intraveineuse est le plus souvent associée aux opioïdes, même si, dans certains pays, l'injection de stimulants tels que les amphétamines ou la cocaïne est également courante.

Seuls 16 pays disposent d'estimations de prévalence de la consommation de drogues par injection depuis 2012 et ces estimations oscillent entre moins d'un cas et plus de 10 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans. Dans la majorité de ces pays, la principale drogue injectée peut être clairement identifiée, bien que, dans certains d'entre eux, deux drogues présentent des niveaux élevés de consommation similaires. Les opioïdes sont cités comme étant la principale drogue injectée par voie intraveineuse dans la majorité (14) des pays (figure 2.14). L'héroïne est mentionnée dans 12 de ces pays, tandis que la buprénorphine haut dosage est citée en Finlande, et le fentanyl en Estonie. Les stimulants constituent la principale drogue administrée par injection dans

La consommation de drogue par voie intraveineuse est le plus souvent associée aux opioïdes

FIGURE 2.14

Consommation de drogues par voie intraveineuse: estimations les plus récentes de la prévalence de toute drogue injectée au cours de l'année écoulée et principale drogue injectée



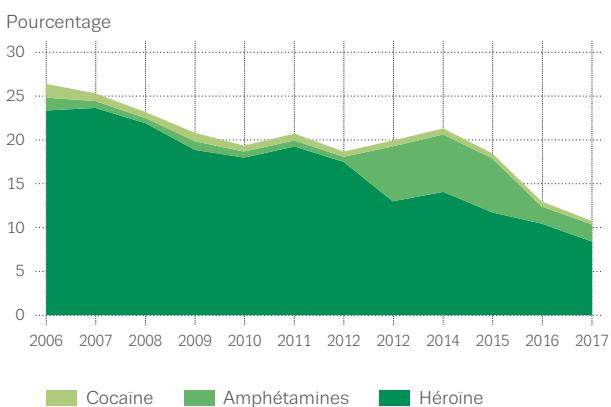
Parmi les patients qui entamaient pour la première fois un traitement spécialisé pour usage de drogues en 2017 et citaient l'héroïne comme étant la drogue qui leur posait le plus de problèmes, 25 % déclaraient avoir recours à l'injection comme principal mode d'administration, contre 43 % en 2006. Dans ce groupe, les niveaux d'injection varient d'un pays à l'autre, allant de 8 % en Espagne à 90 % et plus en Lettonie. L'injection est citée comme principal mode d'administration par moins de 1 % des patients admis pour la première fois en traitement pour leur usage de cocaïne et 9 % des patients admis pour la première fois en traitement pour leur consommation d'amphétamines comme drogue principale. La situation de la Tchéquie qui regroupe plus de 50 % des nouveaux consommateurs d'amphétamines par injection en Europe influence néanmoins la situation générale. Si l'on considère ensemble les trois principales drogues injectées, le recours à l'injection comme principal mode d'administration chez les patients admis pour la première fois en traitement en Europe a diminué, passant de 26 % en 2006 à 11 % en 2017 (figure 2.15).

Bien que le phénomène ne soit pas répandu, des cas d'injection de cathinones de synthèse continuent d'être signalés dans certaines populations particulières, dont les consommateurs d'opioïdes par voie intraveineuse, les usagers de drogues en traitement dans certains pays et les individus pratiquant l'échange de seringues en Hongrie. Dans une étude récente de l'EMCDDA, 10 pays ont signalé des cas d'injection de cathinones de synthèse (souvent avec d'autres stimulants et du GHB, et le plus souvent dans le contexte de soirées sexuelles auxquelles

participent des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes).

FIGURE 2.15

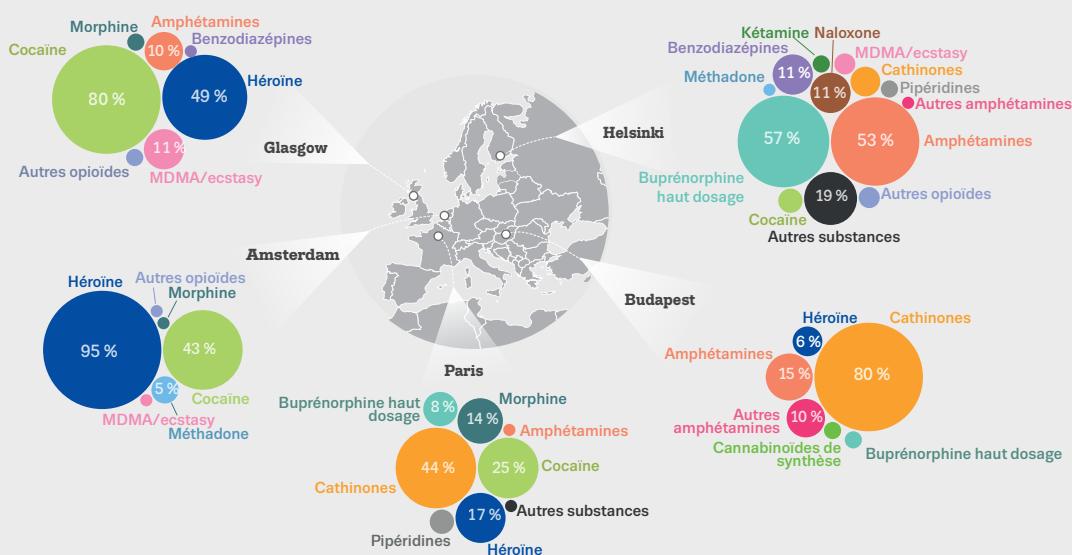
Injecteurs admis en traitement pour la première fois et citant l'héroïne, la cocaïne ou les amphétamines comme drogue posant le plus de problèmes: en pourcentage des patients mentionnant l'injection comme voie d'administration principale



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

FIGURE 2.16

Résidus de drogues dans les seringues usagées de certaines villes européennes



N.B.: la surface du cercle est proportionnelle au pourcentage de seringues à chaque endroit où la substance a été détectée. Plus d'une substance peut avoir été détectée dans une même seringue. Étude réalisée en 2017.

Source: réseau du projet European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE – Projet européen d'analyse des fonds de seringues collectées)

Informations sur les données des résidus des fonds de seringues: des stimulants couramment détectés

Il est possible de compléter les données issues d'estimations relatives aux traitements de l'addiction et à l'usage problématique de drogues grâce aux résultats obtenus par le réseau du projet *European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise* (ESCAPE – Projet européen d'analyse des fonds de seringues collectées), chargé de recueillir des informations sur les substances utilisées par injection en analysant le contenu résiduel de seringues usagées. Les seringues ont été récupérées en 2017 dans les poubelles de distributeurs automatiques de kits d'injection placés dans les rues, ainsi qu'à proximité des services de réduction des risques, dans un réseau de cinq villes européennes «sentinelles»: Amsterdam, Budapest, Glasgow, Helsinki et Paris. Le contenu de 1 288 seringues usagées a été testé dans cinq laboratoires.

Les résultats indiquent que les substances injectées varient d'une ville à l'autre et à l'intérieur d'une même ville (figure 2.16). Dans les cinq villes, une grande partie des seringues contenaient des stimulants, parmi lesquels de la cocaïne, des amphétamines et des cathinones de synthèse ont été fréquemment trouvés. La moitié des seringues analysées contenaient deux drogues ou plus, l'association la plus fréquente étant un mélange de stimulant et d'opioïde. Lorsque des benzodiazépines ont été décelées, elles étaient souvent associées à des opioïdes.

La moitié des seringues analysées contenaient deux drogues ou plus

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2019

[Country Drug Reports 2019.](#)

[Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study](#), Perspectives on Drugs.

[Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project](#), Rapid communications.

2018

[Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking](#), Rapid communications.

[Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends](#), Manuals.

[Cannabis and driving: questions and answers for policymaking](#), Rapid communications.

[Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations](#), Technical reports.

[Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users](#), Perspectives on Drugs.

2017

[High-risk drug use and new psychoactive substances](#), Rapid communications.

2016

[Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology](#), Insights.

[Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market](#), Rapid communications.

2015

[Characteristics of frequent and high-risk cannabis users](#), Perspectives on Drugs.

[Drug use, impaired driving and traffic accidents](#), Insights.

[Injection of synthetic cathinones](#), Perspectives on Drugs.

2014

[Exploring methamphetamine trends in Europe](#), EMCDDA Papers.

2013

[Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us?](#), Perspectives on Drugs.

Publications de l'EMCDDA et de l'ESPAD

2016

[ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.](#)

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

3

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

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

La consommation de drogues illicites pèse de façon non négligeable sur le fardeau global des maladies. Des problèmes de santé chroniques et aigus sont associés à l'usage de drogues illicites et aggravés par divers facteurs, dont les propriétés des substances, le mode d'administration, la vulnérabilité personnelle et le contexte social dans lequel les drogues sont consommées. Parmi les problèmes chroniques figurent la dépendance et les maladies infectieuses liées aux drogues, tandis qu'il existe divers problèmes aigus, la surdose étant le mieux documenté d'entre eux. Bien que relativement rare, l'usage d'opioïdes reste en grande partie responsable de la morbidité et de la mortalité associées à la consommation de drogues. L'usage de drogue par voie intraveineuse (injection) accroît les risques. En comparaison, même si les problèmes de santé liés à l'usage de cannabis sont de toute évidence moins importants, la prévalence élevée de la consommation de cette drogue pourrait avoir des conséquences en matière de santé publique. La variation du contenu et de la pureté des substances auxquelles les usagers ont désormais accès augmente les problèmes potentiels; c'est également la raison pour laquelle il est plus difficile d'apporter des réponses dans le domaine des drogues.

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

Les informations concernant les réponses sanitaires et sociales apportées à l'usage de drogues, y compris les stratégies élaborées en la matière et les dépenses publiques connexes, sont fournies à l'EMCDDA par les points focaux nationaux Reitox et par des groupes d'experts. Des évaluations d'experts apportent des informations supplémentaires sur la disponibilité d'interventions lorsque des données plus officielles ne sont pas disponibles. Ce chapitre est également étayé par des analyses de données scientifiques disponibles sur l'efficacité des interventions de santé publique. Des informations complémentaires sont disponibles sur le site web de l'EMCDDA, dans la publication *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Réponses sanitaires et sociales apportées aux problèmes de drogues: un guide européen) et les supports en ligne connexes, ainsi que sur le *portail des bonnes pratiques*.

Les maladies infectieuses liées aux drogues et la mortalité et la morbidité associées à l'usage de drogues sont les principaux problèmes de santé suivis de façon systématique par l'EMCDDA. À cela s'ajoutent des données plus limitées sur les passages aux urgences hospitalières pour des problèmes aigus liés aux drogues et des données issues du système d'alerte précoce (EWS) de l'Union européenne, qui recense les problèmes associés aux nouvelles substances psychoactives. De plus amples informations sont disponibles en ligne sur les pages consacrées aux *principaux indicateurs épidémiologiques*, au *bulletin statistique* et aux *actions relatives aux nouvelles drogues*.

L'élaboration et la mise en œuvre de réponses efficaces qui s'appuient sur des données scientifiquement validées sont des priorités pour les politiques antidrogues européennes et impliquent de recourir à des mesures variées. La prévention et les interventions précoces visent à prévenir l'usage de drogues et les problèmes qui y sont liés, tandis que le traitement, y compris les approches psychosociales et pharmacologiques, constitue la principale réponse à la dépendance. Certaines interventions fondamentales, comme les traitements de substitution aux opioïdes et les programmes d'échange de seringues, ont été développées en partie en réaction à la consommation d'opioïdes par voie intraveineuse et aux problèmes qui en découlent, en particulier la propagation des maladies infectieuses et les décès par surdose. Au fur et à mesure que les problèmes de drogues évoluent, de nouvelles approches doivent être élaborées et évaluées, dont certaines sont examinées ci-après.

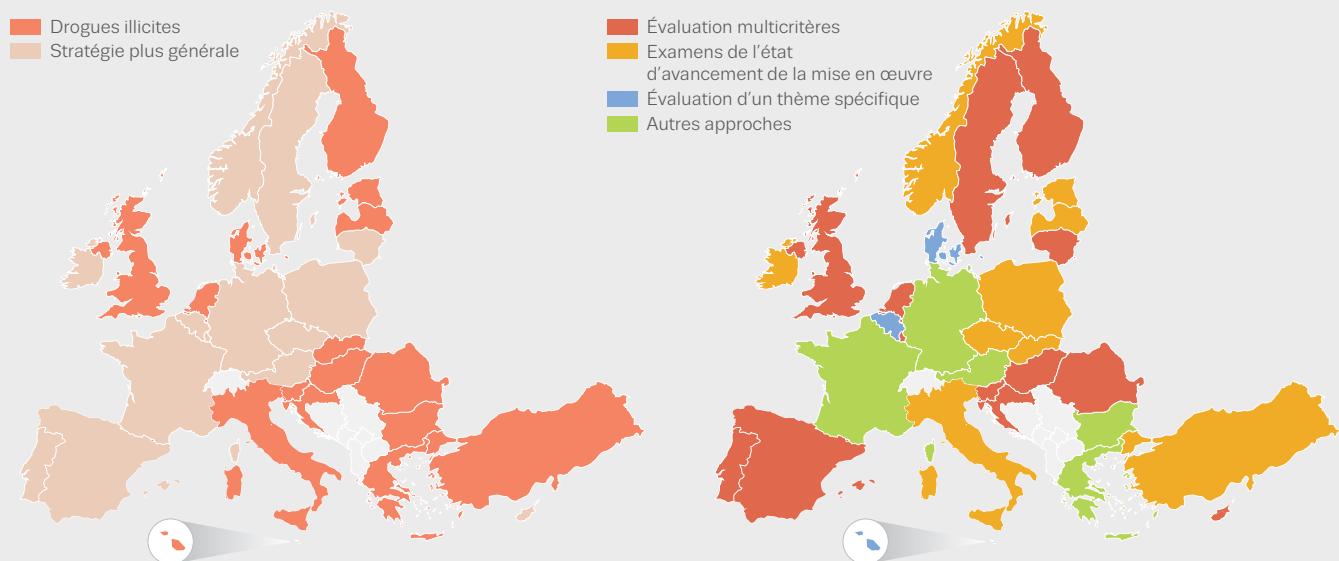
Stratégies antidrogues: approches en matière d'évaluation

Près de la moitié des 30 pays suivis par l'EMCDDA disposent désormais de stratégies nationales de lutte antidrogues qui portent sur différentes combinaisons de problématiques de dépendance dépendances à différents

produits ou conduites addictives. Ces outils de planification sont utilisés par les gouvernements pour mettre au point leur approche globale et leurs réponses spécifiques aux différents défis sanitaires, sociaux et sécuritaires que posent les problèmes de drogues. Si, au Danemark, la politique nationale antidrogues recouvre une large gamme de documents stratégiques, d'actes législatifs et d'actions concrètes, tous les autres pays ont adopté un document national fixant leur stratégie antidrogues. Dans 14 pays, les priorités stratégiques sont plus générales et prennent également en considération d'autres substances et conduites addictives (figure 3.1). Cependant, au Royaume-Uni, les administrations décentralisées de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord ont élaboré des documents stratégiques généraux. Si l'on comptabilise ces trois documents, le nombre total de stratégies générales en matière de drogues illicites passe à 17. Ces documents se concentrent principalement sur les drogues illicites et l'approche retenue pour les autres substances et addictions varie. L'alcool est abordé dans l'ensemble des documents, le tabac dans 10 d'entre eux, les médicaments dans neuf et d'autres conduites addictives (par exemple, les jeux d'argent) dans huit documents. Quelle que soit l'approche mise en avant, toutes les stratégies antidrogues nationales souscrivent d'une manière explicite à l'approche équilibrée de la stratégie antidrogues de l'UE

FIGURE 3.1

Axe de priorité des documents nationaux de stratégie antidrogues (à gauche) et méthode d'évaluation (à droite) en 2018



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

(2013-2020) et de son plan d'action (2017-2020), qui met en exergue l'importance de la réduction tant de la demande que de l'offre de drogues. Cette extension du champ d'application de la stratégie s'accompagne de la possibilité de parvenir à une approche de santé publique plus intégrée, mais également de défis en termes de coordination de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

Tous les pays européens évaluent leurs stratégies antidrogues nationales, bien qu'avec un éventail d'approches différentes. L'objectif consiste habituellement à évaluer le niveau de la mise en œuvre de la stratégie et l'évolution dans le temps de l'état général du phénomène de la drogue. En 2018, 13 évaluations fondées sur une série de critères, neuf examens de l'état d'avancement de la mise en œuvre et trois évaluations portant sur un thème spécifique ont été signalés comme ayant récemment eu lieu, tandis que cinq pays ont suivi d'autres approches, par exemple en associant des évaluations au moyen d'indicateurs à des projets de recherche (figure 3.1). La tendance à recourir à des stratégies plus générales se reflète peu à peu dans l'utilisation d'évaluations avec un champ d'application également plus large. À ce jour, la France, le Luxembourg, la Suède et la Norvège ont publié des évaluations de stratégies plus globales.

Prévention de la consommation de substances: approches environnementales

La prévention de l'usage de drogues et des problèmes liés aux drogues chez les jeunes est un des objectifs primordiaux des stratégies antidrogues nationales des pays de l'Union européenne et englobe une grande variété d'approches. Les approches environnementales et universelles ciblent des populations entières, la prévention sélective vise les groupes vulnérables qui courent un plus grand risque de connaître des problèmes d'addiction et la prévention indiquée se concentre sur les individus à risque.

En matière de prévention, le «modèle islandais», qui suppose l'application cohérente d'une combinaison de principes de prévention efficaces au niveau de la population, suscite depuis peu un vif intérêt à l'international. Cette approche prône des loisirs supervisés après l'école avec un accès inconditionnel à des activités sportives et culturelles pour les jeunes, ainsi qu'une surveillance parentale et une période de couvre-feu pour les moins de 18 ans. En Europe, le modèle islandais a été mis en œuvre dans certaines municipalités en Espagne, aux Pays-Bas et en Roumanie. Une évaluation plus approfondie sera nécessaire pour déterminer si la

baisse significative de la consommation de substances observée en Islande au cours de la dernière décennie, qui reflète la baisse de la consommation de substances chez les adolescents dans certains autres pays européens, est liée principalement à la stratégie de prévention du pays et à sa politique en matière d'alcool, ou si d'autres facteurs sont à prendre en compte.

Le modèle islandais est fondé sur une approche préventive environnementale qui part du principe qu'il est possible de modifier les comportements indésirables en modifiant les aspects physiques, économiques et réglementaires de l'environnement qui favorisent ou entravent la survenue de ces comportements. Cela peut donner lieu à une diminution de leur acceptabilité, de leur normalité et de leur visibilité. Les mesures peuvent consister à réglementer la disponibilité et la tarification des substances, à réduire la taille des portions d'alcool et à diminuer la densité des points de vente.

Les principes de prévention environnementale sont également au cœur du «Good Behaviour Game», un programme basé sur un manuel destiné aux enfants des écoles primaires, dont les effets bénéfiques ont été démontrés par certains travaux de recherche. Il vise à réduire les comportements à risque au moyen d'incitations comportementales au niveau du groupe permettant de renforcer les normes et les règles bénéfiques. Sur un plan plus général, l'évolution de la situation du tabagisme et son recul dans de nombreux pays de l'UE constituent sans aucun doute un exemple concret d'approche préventive environnementale.

La formation professionnelle semble être importante pour que la mise en place d'approches préventives soit fructueuse. Dans le cadre d'une initiative récente, un programme européen de prévention universelle a été lancé (UPC, *Universal Prevention Curriculum*), fondé sur des données scientifiquement validées et sur des normes internationales, à l'intention des décideurs et des faiseurs d'opinion à l'échelon régional ou local. En 2018, ce programme était mis en œuvre à des degrés divers dans un tiers des États membres de l'UE.

**Tous les pays européens
évaluent leurs stratégies
antidrogues nationales**

FIGURE 3.2

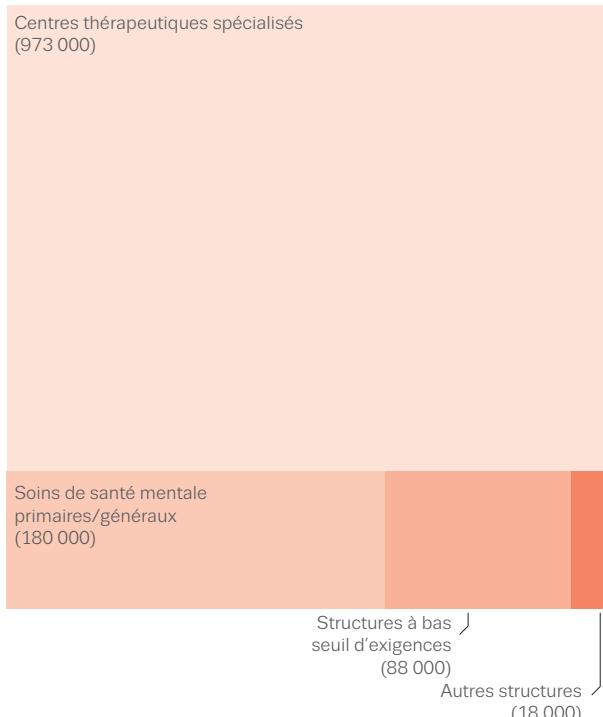
Spectre des applications de santé connectée sur la base de leurs principaux objectifs



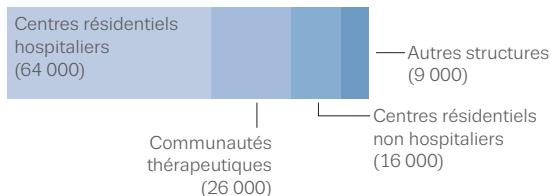
FIGURE 3.3

Nombre de patients suivant un traitement pour usage de drogues en Europe en 2017, par structure

Traitements ambulatoires



Traitements en milieu résidentiel



Prisons

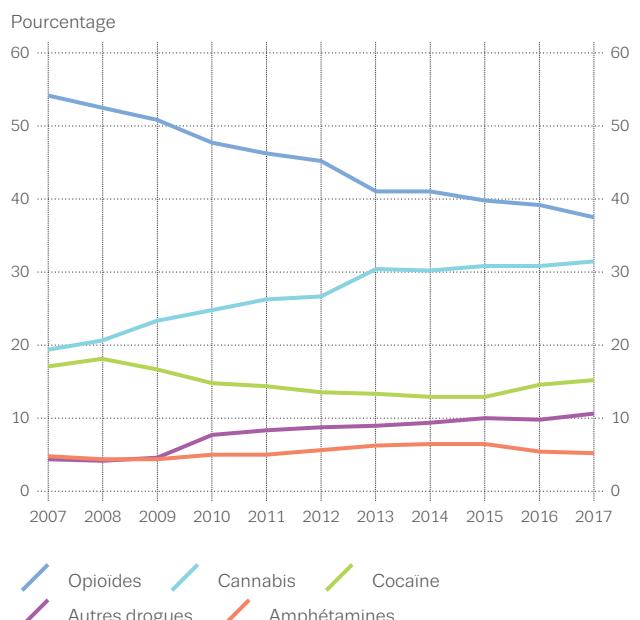


Accès aux traitements pour usage: l'auto-orientation est la voie la plus empruntée

Selon les estimations, en 2017, 1,2 million de personnes ont bénéficié d'un traitement pour usage de drogues illicites dans l'Union européenne (1,5 million avec la Norvège et la Turquie). L'auto-orientation reste la voie la plus empruntée par les patients admis en traitement spécialisé. Elle peut englober l'orientation par des membres de la famille ou des proches et concerne plus de la moitié (54 %) des patients ayant entamé un traitement spécialisé pour usage de drogues en Europe en 2017. Environ 17 % des patients ont été orientés par le système pénal, tandis que 15 % ont été orientés par les services de santé, les services d'éducation et les services sociaux, y compris d'autres centres de traitement de l'addiction.

FIGURE 3.4

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



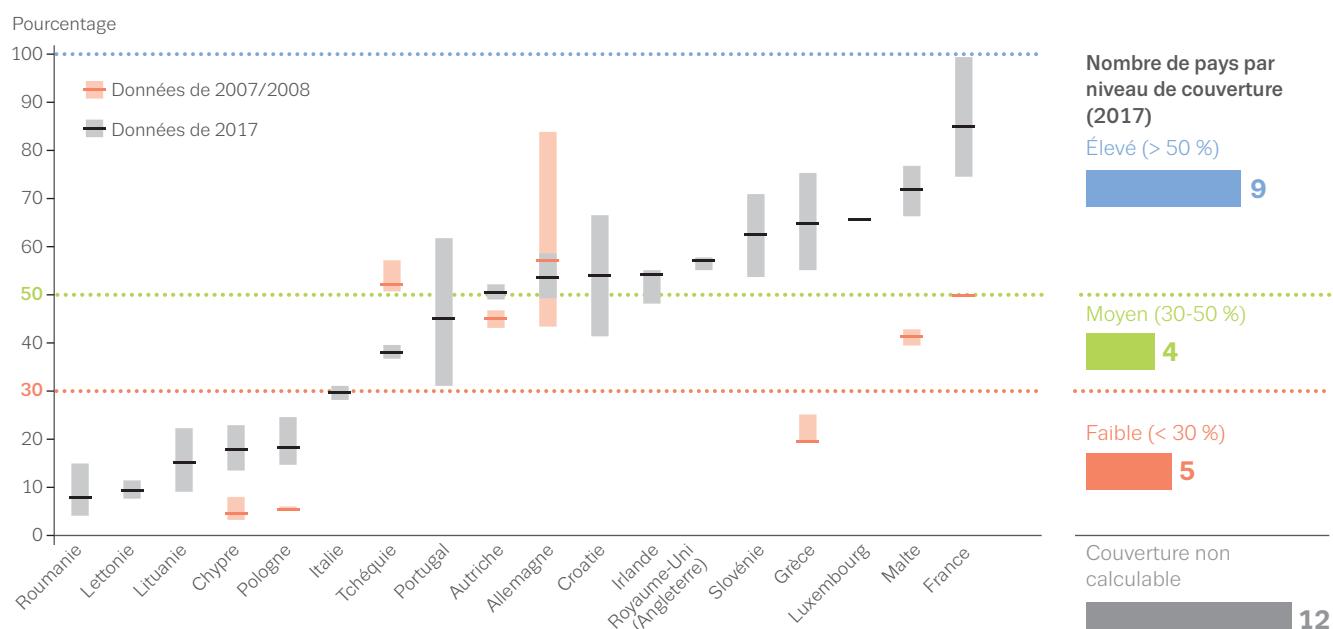
Plusieurs pays ont mis en place des dispositifs afin d'écartier du système pénal les auteurs de délits liés aux drogues pour les orienter vers des programmes de traitement. Les personnes concernées peuvent ainsi se voir obligées de suivre un traitement à la suite d'une décision de justice ou leur peine peut être suspendue sous réserve de traitement.

En 2017, parmi les pays comptabilisant plus de 100 personnes orientées vers des programmes de traitement par l'intermédiaire du système pénal, le pourcentage de patients entamant ainsi un traitement varie de moins de 5 % en Tchéquie, en Grèce, aux Pays-Bas et en Pologne à environ 70 % en Hongrie. Globalement, les usagers pour lesquels le cannabis est la drogue qui pose le plus de problèmes sont les plus susceptibles de se voir orienter par le système pénal vers un traitement, contrairement à ceux dont les opioïdes constituent la principale cause de problèmes.

Le parcours suivi par les patients ayant entamé un traitement se caractérise souvent par l'intervention de différents services, par des admissions multiples et par des durées de traitement variables. Les usagers d'opioïdes représentent le plus large groupe de patients entamant et suivant un traitement spécialisé et concentrent la majeure partie des ressources disponibles en matière de traitements, essentiellement sous la forme de traitements de substitution. Les usagers de cannabis et ceux de cocaïne représentent les deuxième et troisième groupes les plus importants (figure 3.4). Les services dispensés

FIGURE 3.5

Couverture du traitement de substitution aux opioïdes (estimation du pourcentage d'usagers problématiques d'opioïdes recevant un traitement de substitution) en 2017, ou l'année la plus récente disponible, et en 2007/2008



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

à ces patients sont souvent plus diversifiés, mais s'articulent généralement autour d'une forme d'intervention psychosociale. Les résultats d'une analyse relative aux traitements spécialisés dans 10 pays européens, recueillis entre 2014 et 2017, permettent de mieux comprendre ce parcours. Plus de la moitié des 300 000 usagers déclarés en cours de traitement dans ces pays faisaient l'objet d'un traitement continu depuis plus d'un an, dans de nombreux cas pour des problèmes liés à un usage d'opioïdes, en particulier d'héroïne. Les autres étaient entrés en traitement au cours de l'année. Parmi ces derniers, 16 % avaient été admis en traitement pour la toute première fois de leur vie, tandis que 28 % avaient déjà été admis par le passé. Ces données témoignent de la récurrence et de la nature à long terme de nombreux troubles liés aux drogues.

Traitement de substitution aux opioïdes: des niveaux de couverture très variables

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

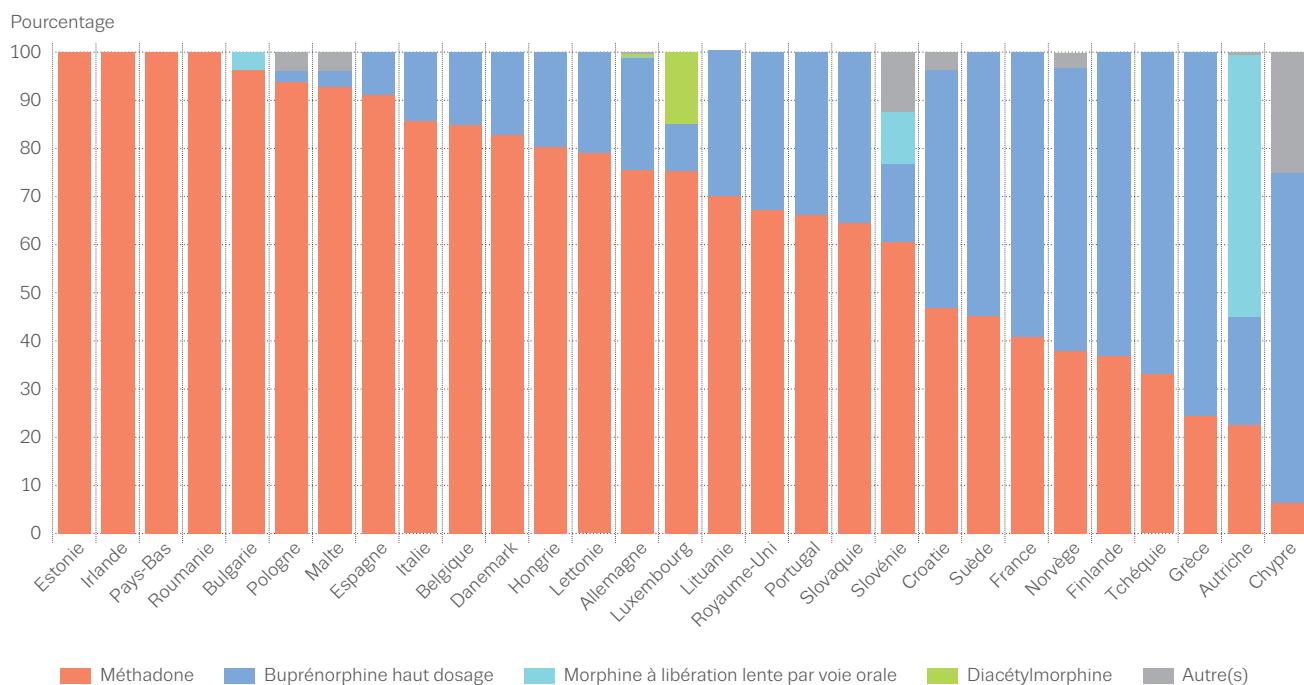
D'après les estimations, en 2017, 654 000 usagers d'opioïdes ont reçu un traitement de substitution dans l'Union européenne (662 000 en incluant la Norvège). Après une baisse continue entre 2010 et 2015, le total pour l'UE en 2017 représente une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente. Entre 2015 et 2017, des augmentations ont été observées dans 17 pays, notamment en Suède (+ 21 %), en Roumanie (+ 21 %) et en Italie (+ 16 %), tandis que de récentes baisses ont été signalées dans neuf pays déclarants, notamment en Lituanie (- 18 %) et à Chypre (- 17 %).

Une comparaison avec les estimations actuelles du nombre d'usagers problématiques d'opioïdes en Europe semble indiquer que, globalement, environ la moitié de ces consommateurs reçoivent un traitement de substitution, mais il existe des différences en matière de couverture entre les pays (figure 3.5), dont certains restent en deçà des niveaux recommandés. Dans l'ensemble, compte tenu de ceux pour lesquels des données sont disponibles en 2007 ou 2008 à des fins de comparaison, on observe généralement un accroissement de la couverture.

Près des deux tiers (63 %) des patients en traitement de substitution en Europe reçoivent de la méthadone, qui est le médicament de substitution aux opioïdes le plus couramment prescrit, les traitements à base de buprénorphine haut dosage étant administrés à 34 % des patients. Cette dernière substance constitue le principal

FIGURE 3.6

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



N.B.: aux Pays-Bas, environ 10 % des patients recevant de la méthadone se voient également prescrire de la diacétylmorphine. En Finlande, la buprénorphine haut dosage est prescrite seule ou en association avec la naloxone. Les données du Royaume-Uni ne concernent que le Pays de Galles.

PATIENTS EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES

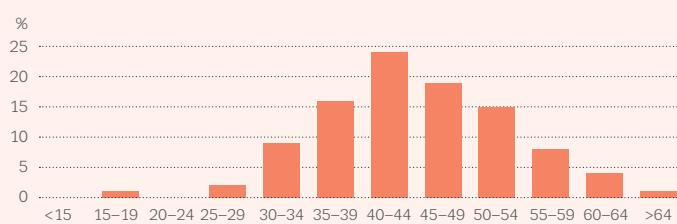
Population

654 000 UE

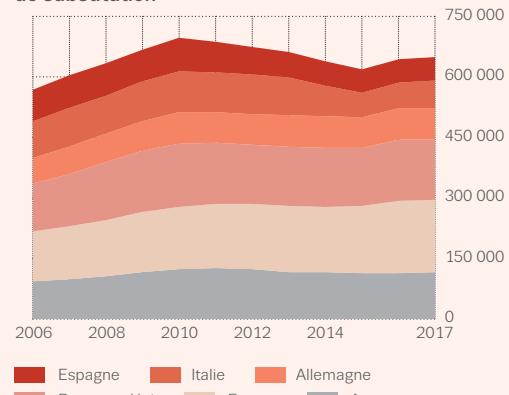
662 000 UE + Norvège



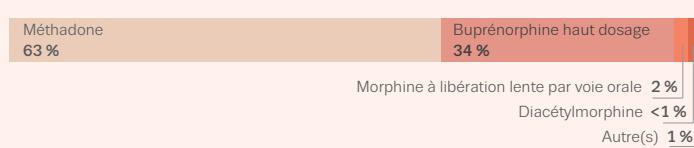
Répartition par âge



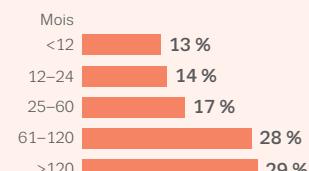
Evolution du nombre de patients en traitement de substitution



Type de traitement



Durée du traitement



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

FIGURE 3.7

médicament de substitution dans huit pays (figure 3.6). D'autres substances, comme la morphine à libération lente ou la diacétylmorphine (héroïne), sont prescrites plus rarement et concerneraient 3 % des patients sous traitement de substitution en Europe. En Europe la cohorte des patients en traitement de substitution est vieillissante: à présent, les patients ont pour la plupart plus de 40 ans et sont habituellement pris en charge pendant plus de deux ans. D'autres options de traitement sont proposées aux consommateurs d'opioïdes dans tous les pays européens, mais elles sont moins couramment exploitées. Dans les 11 pays pour lesquels des données sont disponibles, entre 2 % et 17 % de l'ensemble des consommateurs d'opioïdes en traitement bénéficient d'interventions n'impliquant pas de produits de substitution.

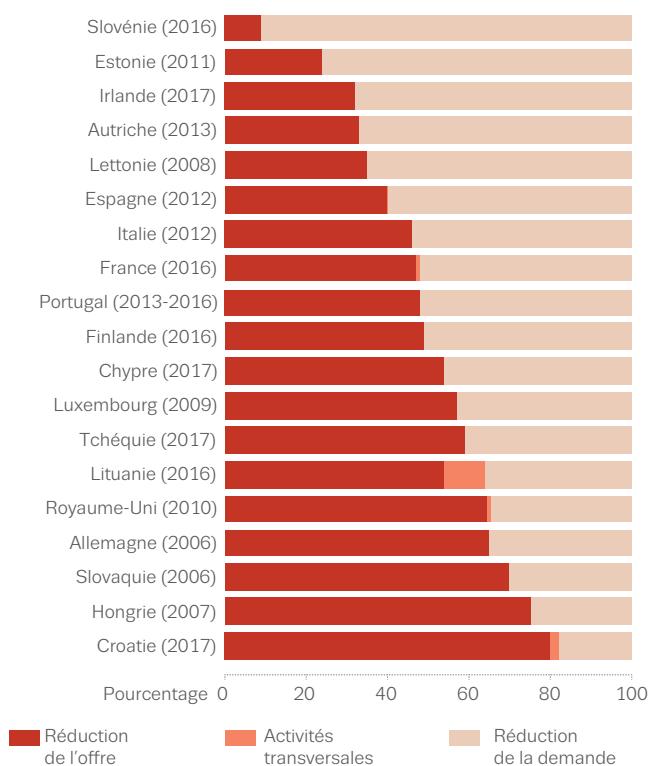
Réagir aux problèmes liés aux drogues: coûts et mise en œuvre

Comprendre les coûts des actions antidrogues constitue un aspect important de l'élaboration et de l'évaluation des politiques. Les informations disponibles concernant les dépenses publiques liées aux drogues en Europe demeurent néanmoins éparses et hétérogènes, tant au niveau local que national. Au cours de ces dix dernières années, 26 pays ont produit des estimations des dépenses publiques liées aux drogues. La portée de ces estimations varie et elles oscillent entre 0,01 % et 0,5 % du produit intérieur brut (PIB), la moitié d'entre elles environ étant comprises entre 0,05 % et 0,2 % du PIB.

Entre 2006 et 2017, 19 pays ont procédé à une estimation de la part des dépenses consacrée aux initiatives visant à réduire la demande dans les dépenses générales liées aux actions antidrogues. Celle-ci varie considérablement d'un pays à l'autre, les estimations s'échelonnant de 8 % à 80 % (figure 3.7). Les dépenses relatives aux traitements des usagers, lorsqu'elles sont connues, représentent une part importante des dépenses estimées engagées dans la réduction de la demande.

La réussite de la mise en œuvre des programmes nécessite que l'accent soit mis, entre autres, sur les coûts, les standards et la formation. L'analyse du rapport coût-efficacité des interventions en matière de traitement de l'addiction peut aider à optimiser l'allocation des ressources financières. Ainsi, en dépit du coût des soins de prise en charge en ambulatoire et des médicaments prescrits lors d'une pharmacothérapie pour dépendance aux opioïdes, le coût global des dépenses de santé est moindre. Cela s'explique par le fait que les personnes qui reçoivent un traitement de ce type ont moins souvent

Dépenses publiques liées aux drogues: estimation de la ventilation entre la réduction de la demande et la réduction de l'offre

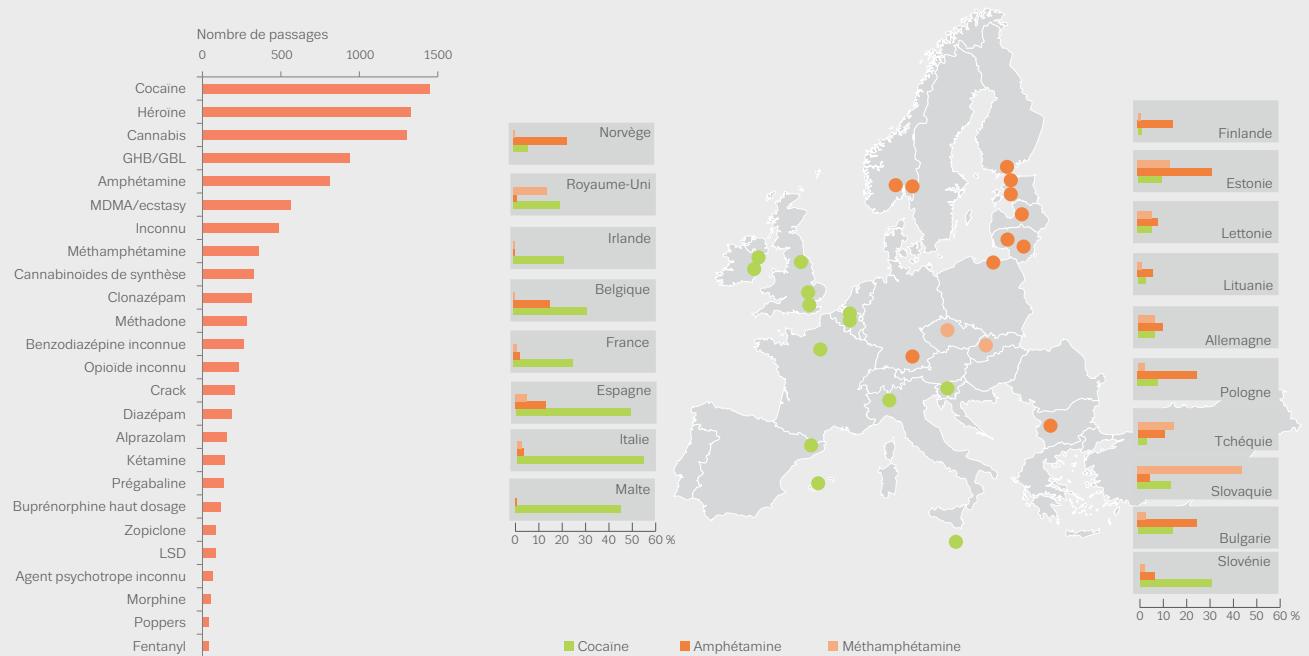


recours à des services coûteux, tels que les soins d'urgence et les hospitalisations.

Il ressort d'une récente enquête de l'EMCDDA qu'au moins 80 % des pays ont publié des recommandations pour soutenir la mise en œuvre d'actions de réduction de la demande et que 60 % d'entre eux font état de l'application de normes de qualité. Des systèmes d'accréditation assujettissant les autorisations de prestation des services financés par des fonds publics à la mise en œuvre de normes de qualité sont signalés par 70 % des pays. En outre, la plupart des pays (80 %) signalent la possibilité de formation pour les professionnels. Des registres ou inventaires fondés sur des données validées, ou encore des programmes de bonnes pratiques, quoique moins souvent mentionnés, sont en place dans un quart des pays. Point positif, comparé aux années précédentes, le pourcentage de pays ayant publié des recommandations et des normes pour les interventions et à avoir mis en place des systèmes d'accréditation sous une forme ou une autre pour la prestation de services, a sensiblement augmenté. Globalement, il semble que les possibilités de formation pour les professionnels travaillant dans le domaine des drogues soient en augmentation, même si l'est largement reconnu qu'il s'agit d'un secteur pour lequel des financements supplémentaires seraient nécessaires.

FIGURE 3.8

Les 25 drogues les plus consommées dans le cadre de passages aux urgences dans des hôpitaux sentinelles en 2017 (à gauche) et fréquences des passages liés à la cocaïne et aux amphétamines (pourcentage de passages), agrégées par pays (à droite)



N.B.: résultats issus de 7 267 passages dans 26 hôpitaux «sentinelles» du réseau Euro-Den Plus dans 18 pays européens.
Source: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus – Réseau européen des urgences liées aux drogues).

Problèmes aigus liés aux drogues: progression de la cocaïne, recul de l'héroïne

Les données émanant des urgences hospitalières peuvent livrer des enseignements sur les problèmes aigus liés aux drogues et sur l'incidence sur la santé publique de la consommation de drogues en Europe. Dans 26 hôpitaux «sentinelles» de 18 pays européens, les urgences pour toxicité aiguë liée aux drogues sont suivies par le *European Drug Emergencies Network* (Euro-DEN Plus – le Réseau européen des urgences liées aux drogues).

En 2017, les hôpitaux ont enregistré 7 267 passages aux urgences, les hommes (76 %) étant à l'origine de la majeure partie de ces visites. Près des trois quarts des patients concernés arrivaient en ambulance. La majorité (78 %) était autorisée à sortir de l'hôpital dans les 12 heures; une petite minorité devant en revanche être admise en soins intensifs (6 %) ou dans une unité psychiatrique (4 %). Au sein de ce groupe, 30 décès survenus en milieu hospitalier ont été consignés, dont 17 associés aux opioïdes.

En 2017, la cocaïne était la drogue la plus couramment impliquée dans les passages aux urgences, suivie de l'héroïne et du cannabis (figure 3.8). Près d'un quart des passages concernaient des médicaments délivrés sur ordonnance ou en vente libre qui avaient été détournés de leur usage initial (le plus souvent des benzodiazépines et

des opioïdes), plus de 10 % étaient liés au GHB/à la GBL et 4 % impliquaient de nouvelles substances psychoactives.

Les drogues à l'origine des passages aux urgences différaient selon les hôpitaux, reflétant apparemment les différentes zones couvertes par les hôpitaux et les habitudes locales de consommation. Par exemple, les situations d'urgence impliquant des amphétamines étaient plus courantes dans le nord et dans l'est de l'Europe, tandis que les passages aux urgences pour des problèmes liés à la cocaïne prédominaient au sud et à l'ouest.

FIGURE 3.9

La tendance générale pour les 15 centres qui ont communiqué des données pour les années 2014 à 2017 montre une diminution du nombre de passages liés à l'usage d'héroïne et une augmentation du nombre de ceux liés à la cocaïne et au crack (figure 3.9). Au cours de la même période on constate une baisse globale du nombre de passages associés aux cathinones de synthèse et une hausse du nombre de ceux impliquant des cannabinoïdes de synthèse.

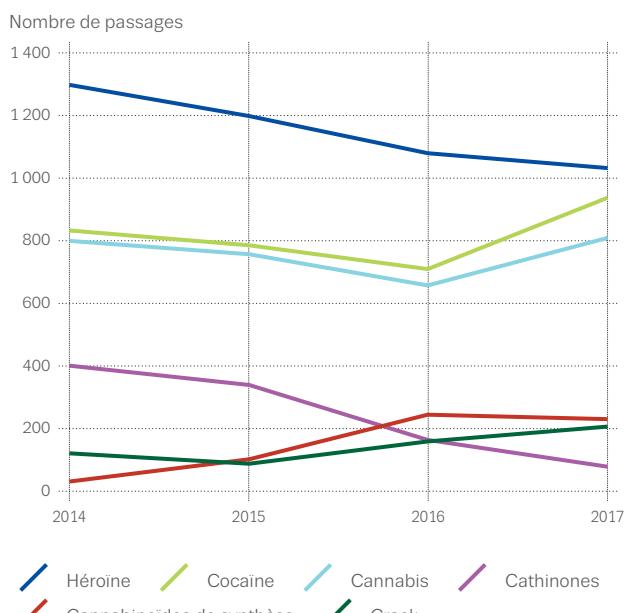
Seul un petit nombre de pays comptabilise le nombre d'urgences liées aux drogues nationalement. Parmi ces derniers, la Tchéquie, le Danemark, la Lituanie et la Slovénie ont fait état d'une tendance à la baisse du nombre des passages aux urgences en lien avec l'héroïne. Entre 2013 et 2017, le Danemark a signalé une augmentation des intoxications dues à des opioïdes autres que l'héroïne et la méthadone et un doublement du nombre d'intoxications dues à la cocaïne. En Espagne, la cocaïne était impliquée dans près de la moitié des situations d'urgence liées aux drogues signalées en 2016, tandis qu'aux Pays-Bas, les régions «sentinelles» ont constaté une diminution, entre 2016 et 2017, du nombre de telles situations impliquant la MDMA/ecstasy et le stimulant 4-fluoroamphétamine (4-FA) observées aux postes de premiers secours. Aux Pays-Bas toujours, près d'un tiers des appels d'urgence liés aux drogues étaient associés à un usage de GHB.

Cocaïne et crack: mesures sanitaires

Il existe des interventions pour traiter les personnes qui consomment de la cocaïne et du crack. En Europe, l'accent tend à être mis sur les interventions psychosociales, notamment la thérapie comportementale cognitive, les entretiens de motivation, les interventions brèves, la gestion des cas d'urgence et le traitement pharmacologique des symptômes. Parmi les autres options de traitement actuellement à l'étude figurent l'utilisation de stimulants comme le modafinil et la lisdexamfétamine pour réduire les symptômes d'état de manque et de sevrage, et un «vaccin» contre la cocaïne pour en réduire les effets euphorisants et agréables.

À l'heure actuelle, le corpus de données scientifiquement validées sur ce qui constitue des options de traitement efficaces pour les problèmes liés à la cocaïne demeure limité; il s'agit d'un domaine pour lequel il y a lieu de poursuivre la recherche et le développement. En conséquence, il existe peu de programmes spécialisés ciblant spécifiquement les usagers de cocaïne en Europe. Toutefois, face à l'augmentation du nombre de personnes cherchant à se faire traiter pour des problèmes en lien

Evolution du nombre de passages liés à certaines drogues dans les hôpitaux «sentinelles»



N.B.: données annuelles 2014-2017 des 15 hôpitaux «sentinelles» du réseau Euro-Den Plus.

Source: European Drug Emergencies Network (Euro-Den Plus).

avec la cocaïne, certains pays font état de l'élaboration d'interventions sur mesure. Il s'agit notamment de programmes associant des méthodes d'appui communautaire à la gestion des cas d'urgence (Belgique) et de l'ajustement des heures ouvrables en fonction des besoins des patients cocaïnomanes (Luxembourg, Autriche).

Dans certains pays, il existe également des mesures de réduction des risques pour les usagers de cocaïne et de crack, axées sur les dangers que présentent pour la santé l'injection de cocaïne ou le fait de fumer du crack associés à certains comportements sexuels. Des salles de consommation de drogues à moindre risque sont mises à disposition au Danemark, en Allemagne, en France, au Luxembourg et aux Pays-Bas, ainsi que des kits pour le crack (pipes et filtres en France et au Portugal). Des services de *testing* des drogues, présents dans certains pays de l'UE, visent à réduire les risques associés à la cocaïne très pure ou frelatée.

Des investigations et des évaluations des risques conjointes

En 2017, les risques posés par neuf nouvelles substances psychoactives, dont cinq dérivés du fentanyl (acryloylfentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroisobutrylfentanyl, tétrahydrofuranyl fentanyl et carfentanyl), ont fait l'objet d'une évaluation formelle par le comité scientifique de l'EMCDDA. Ces substances sont depuis lors contrôlées au niveau international, conformément aux dispositions de la convention des Nations unies de 1961.

À la suite de la réalisation des études conjointes lancées en 2017 par l'EMCDDA et Europol sur le cyclopropylfentanyl et sur le méthoxyacétylfentanyl, ces deux dérivés du fentanyl (impliqués dans plus de 90 décès) ont fait l'objet d'une évaluation formelle des risques par l'EMCDDA au cours de l'année 2018 (tableau 1). Sur la base des conclusions des rapports d'évaluation des risques et à l'initiative de la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen ont décidé de soumettre ces deux substances à des mesures de contrôle dans toute l'Europe.

Tableau 1. Principaux résultats des évaluations des risques menées en 2018 sur deux dérivés du fentanyl

Dénomination commune	Cyclopropylfentanyl	Méthoxyacétylfentanyl
Dénomination chimique	<i>N</i> -phényl- <i>N</i> -(1-(2-phényléthyl)pipéridine-4-yl)cyclopropanecarboxamide	2-méthoxy- <i>N</i> -phényl- <i>N</i> -(1-(2-phényléthyl)pipéridine-4-yl)acétamide
Structure chimique		
Notification officielle dans le système d'alerte précoce de l'Union européenne	4 août 2017	9 décembre 2016
Nombre de décès signalés associés à l'usage	78	13
Nombre de pays dans lesquels des décès associés sont survenus	3	4
Nombre de saisies par les services répressifs	144	48
Nombre de pays où la substance a été saisie (UE, Turquie et Norvège)	6	10
Quantité totale saisie	1,76 kg sous forme de poudre, 772 ml sous forme de liquide, 329 comprimés	180 g sous forme de poudre, 352 ml sous forme de liquide, 119 comprimés

Nouvelles drogues: opioïdes de synthèse à teneur élevée en principe actif

Les nouvelles substances psychoactives – notamment les opioïdes, cannabinoïdes et cathinones de synthèse – sont encore associées à des décès et à des intoxications aiguës en Europe et, malgré une série de nouvelles mesures mises en place dans ce domaine, elles représentent toujours un challenge pour les modèles actuels de politiques antidrogues.

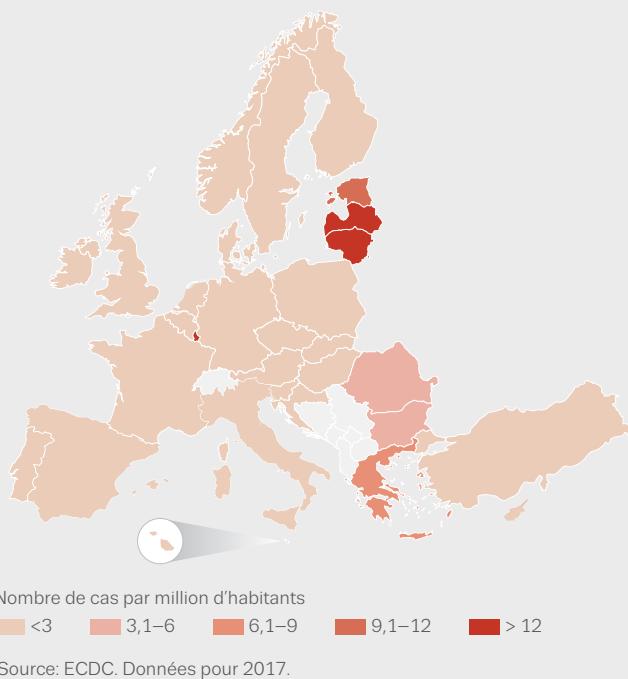
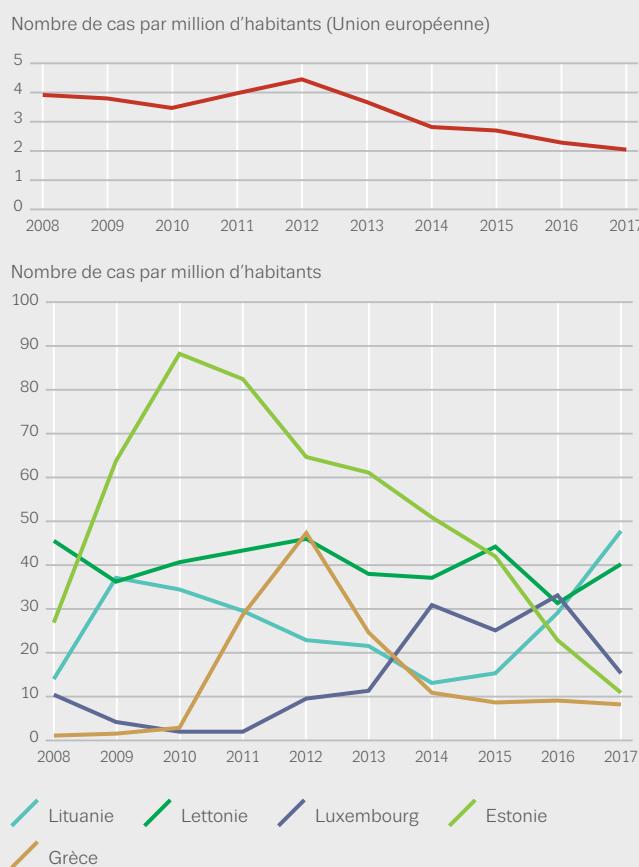
Quoique peu répandus sur le marché européen des drogues, de nouveaux opioïdes constituent une grave menace pour la santé individuelle comme pour la santé publique en général. Les dérivés du fentanyl, qui

représentent la majorité des nouveaux opioïdes signalés à l'EMCDDA, sont une source d'inquiétude particulière. Ces substances peuvent être fortement dosées en principe actif, des quantités infimes pouvant entraîner une intoxication engageant le pronostic vital à la suite d'une détresse respiratoire rapide et sévère. Les cas de surdose signalés concernent notamment des personnes qui

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

FIGURE 3.10

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



pensaient acheter de l'héroïne, d'autres drogues illicites ou des antidouleurs. Outre les risques élevés de surdose, pour lesquels l'utilisation de naloxone peut être indiquée, des dérivés du fentanyl présentent également des menaces réelles en matière d'addiction et de potentiel dépendance.

Problèmes chroniques liés aux drogues: épidémies locales de VIH, diagnostics tardifs

Parallèlement aux risques inhérents aux rapports sexuels non protégés, les usagers de drogues, en particulier ceux qui pratiquent l'injection, courent le risque de contracter des maladies infectieuses comme le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en partageant leur matériel d'injection. En conséquence, la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues est plus élevée qu'en population générale.

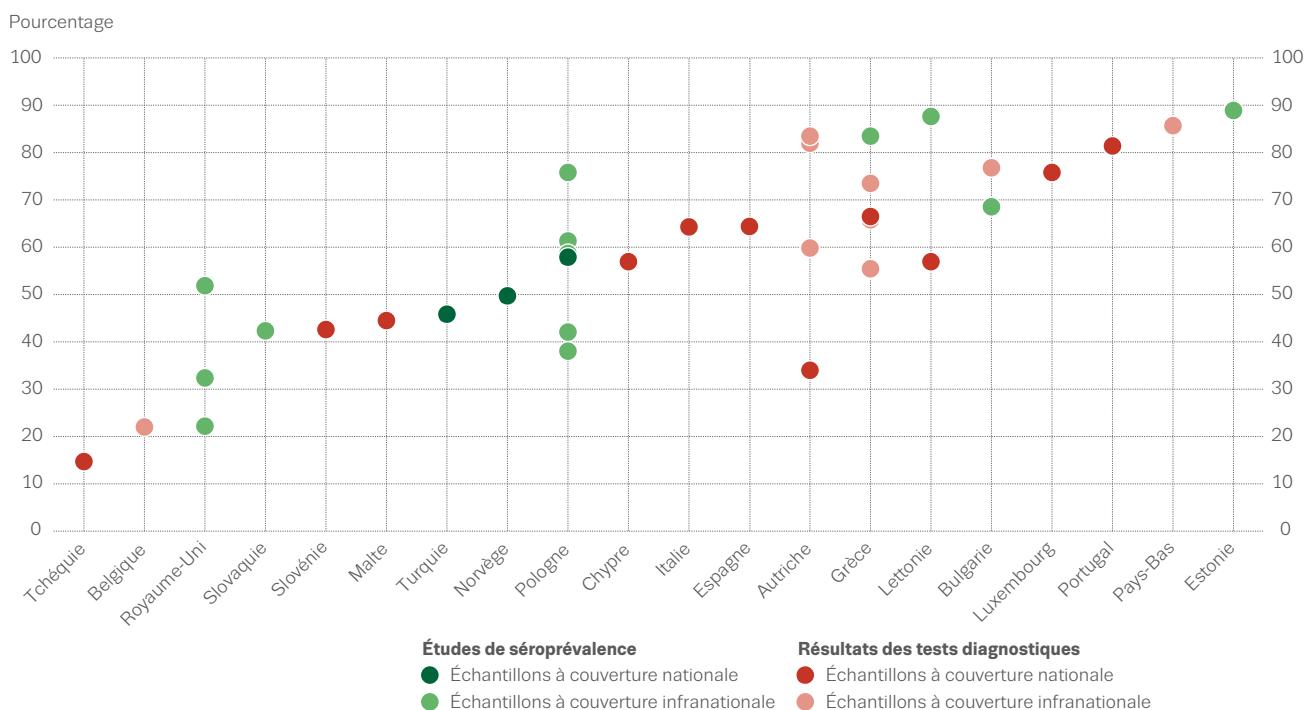
En 2017, selon les estimations, 1 046 nouveaux cas de VIH diagnostiqués imputables à l'usage de drogues par injection ont été notifiés dans l'Union européenne, dont 83 % touchant des hommes âgés de plus de 35 ans pour la plupart, ce qui représente 5 % de tous les diagnostics de

VIH pour lesquels la voie de transmission est connue. Cette proportion est demeurée faible et stable au cours de la dernière décennie. Le nombre de notifications de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les usagers par injection a diminué dans la plupart des pays européens entre 2008 et 2017 (figure 3.10). Cependant, l'usage de drogues par injection reste un mode de transmission majeur dans certains pays. En 2017, selon les données communiquées au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), ce type d'usage de drogues a été associé à 62 % des nouveaux cas de VIH diagnostiqués en Lituanie et à 33 % d'entre eux en Lettonie. Des études de séroprévalence (basées sur des échantillons de sang) menées en 2016-2017 en Estonie, en Lettonie et en Pologne auprès d'usagers qui s'injectent des drogues, ont révélé que plus de 10 % des personnes testées étaient séropositives.

Des épidémies localisées de VIH touchant des populations marginalisées d'usagers de drogues par injection ont été signalées à Dublin (2014-2015), à Luxembourg (2014-2016), à Munich (2015-2016) et à Glasgow (2015-2018). Ces quatre épidémies ont été associées à l'injection de stimulants.

FIGURE 3.11

Prévalence d'anticorps VHC chez les usagers de drogues par injection: études de séroprévalence (SP) et résultats des tests diagnostiques (TD), couverture nationale et infranationale, 2016-2017



D'après les informations disponibles, la moitié des nouveaux cas de VIH imputés à l'injection de drogues dans l'Union européenne en 2017 ont été diagnostiqués tardivement, c'est-à-dire alors que l'infection avait déjà commencé à endommager le système immunitaire. Le diagnostic tardif du VIH entraîne un délai dans la mise en place du traitement antirétroviral et une augmentation de la morbidité et de la mortalité. La politique du «test and treat» suivie pour le VIH, qui prévoit que le traitement antirétroviral soit entamé immédiatement après que l'infection au VIH ait été diagnostiquée, favorise la réduction de la transmission et est particulièrement importante au sein des groupes de patients aux comportements plus problématiques, tels que les injecteurs de drogues. Grâce au diagnostic et au traitement antirétroviral précoces, les personnes infectées peuvent avoir une espérance de vie normale.

En 2017, 14 % des nouveaux cas de SIDA signalés dans l'Union européenne pour lesquels la voie de transmission était connue ont été imputés à l'usage de drogues par injection. Ces 379 nouveaux cas notifiés liés à l'injection représentent moins d'un quart du nombre enregistré il y a une décennie.

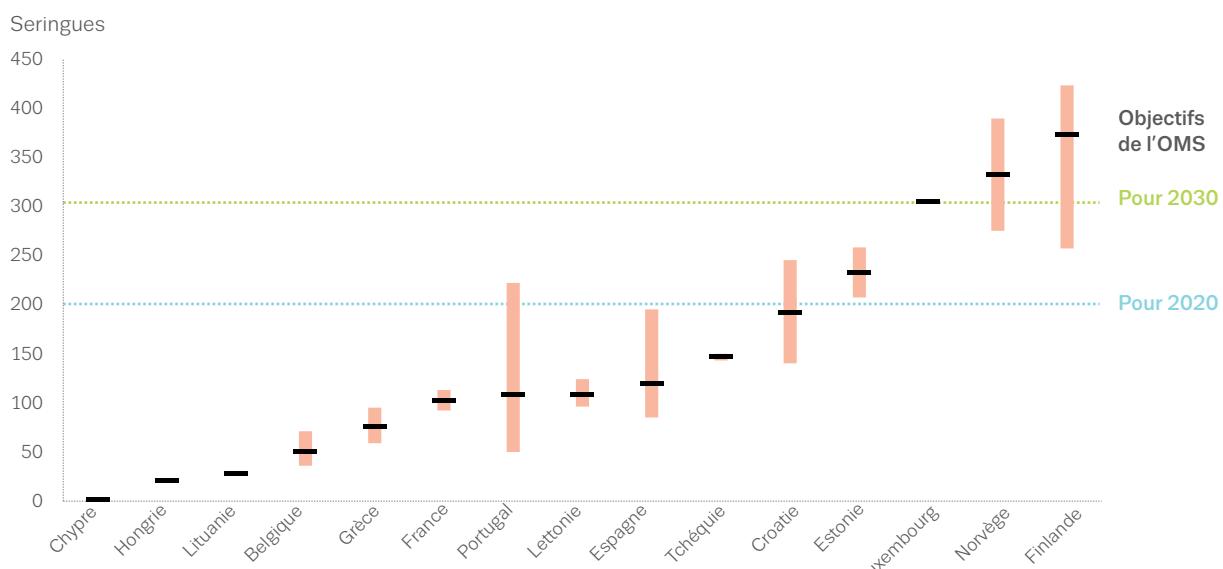
Prévalence du VHC: des tendances nationales variables

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

Chez les usagers de drogues par injection, la prévalence des anticorps VHC, qui indiquent une infection présente ou passée, est estimée à partir d'études de séroprévalence ou de tests diagnostiques de routine proposés par les services de soins. En 2016-2017, la prévalence d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux de consommateurs de drogues par injection oscillait entre 15 % et 82 %, huit pays sur les 14 ayant des données nationales faisant état de taux de prévalence supérieurs à 50 % (figure 3.11). Parmi les pays qui disposent de données nationales relatives aux tendances pour la période 2011-2017, six pays ont observé un recul de la prévalence du VHC chez les usagers de drogues par injection, tandis qu'une hausse a été signalée dans trois pays.

FIGURE 3.12

Couverture des programmes spécialisés de distribution de seringues: nombre de seringues distribuées par usager de drogue injecteur (estimation)



N.B.: données affichées en estimations de pourcentage et intervalles de confiance. Objectifs définis dans la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021, établie par l'OMS.

Chez les usagers qui s'injectent des drogues, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est moins fréquente que l'infection par le VHC, mais tout de même plus courante qu'en population générale, malgré la disponibilité d'un vaccin efficace. La présence de l'antigène de surface du VHB indique une infection présente, qui peut être aiguë ou chronique. Dans les sept pays disposant de données nationales pour 2016/2017, entre 1 % et 9 % des consommateurs de drogues par injection seraient actuellement infectés par le VHB.

L'injection de drogues accroît le risque de contracter d'autres maladies infectieuses et des cas groupés d'hépatite A liée aux drogues ont été signalés en Tchéquie et en Allemagne en 2016. Au Royaume-Uni, le nombre de cas notifiés de streptocoques du groupe A associés à l'usage de drogues par injection a augmenté depuis 2013, et des cas de botulisme contracté par le biais d'une blessure continuent à être signalés en Europe.

Prévention des maladies infectieuses: disponibilité disparate des mesures efficaces

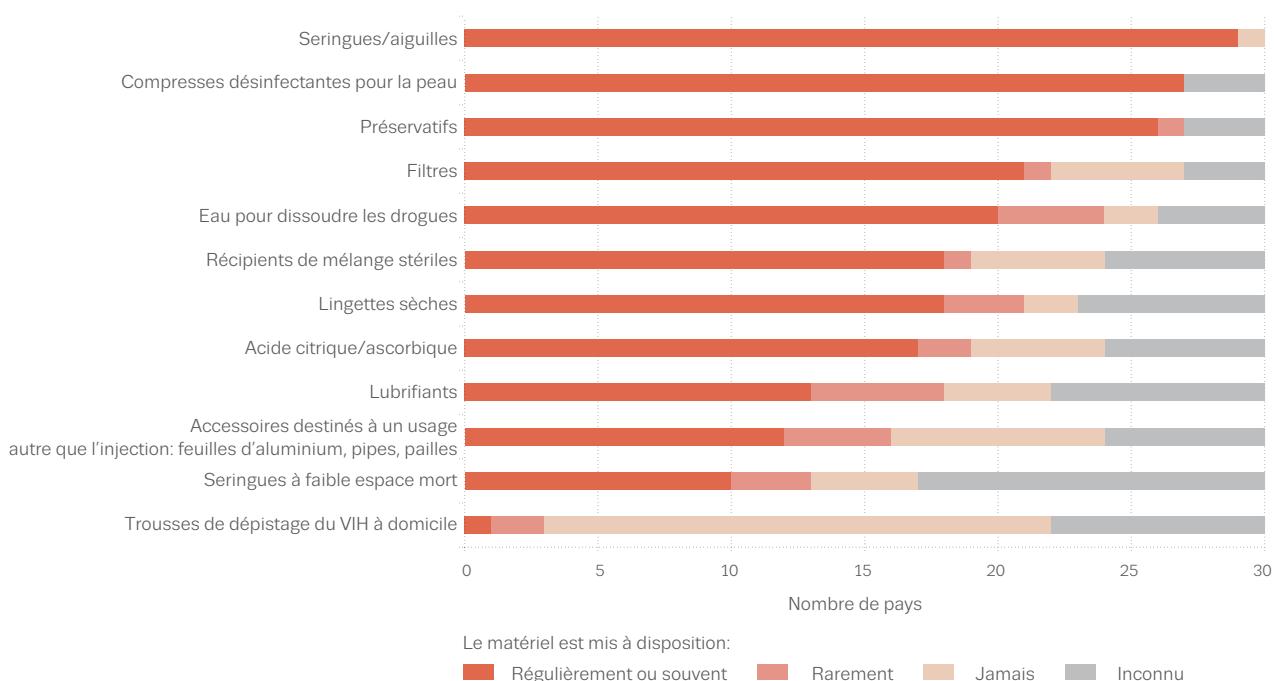
Diverses mesures sont recommandées pour réduire le nombre de cas de maladies infectieuses liées aux drogues chez les usagers par injection. Elles comprennent notamment la prescription d'un traitement de substitution aux opioïdes, la distribution de seringues stériles et d'autre matériel d'injection propre, la vaccination, le dépistage et le traitement de l'hépatite virale et du VIH, ainsi que des interventions visant à promouvoir la santé axées sur la

réduction des pratiques d'injection et des comportements sexuels à risque.

Pour les consommateurs d'opioïdes par injection, le traitement de substitution réduit considérablement le risque d'infection, certaines analyses indiquant même des effets protecteurs accrus lorsqu'une large couverture thérapeutique est associée à des niveaux élevés de distribution de seringues. Des données scientifiquement validées attestent que les programmes d'échange de seringues sont efficaces pour réduire la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues par injection. Des 30 pays analysés par l'EMCDDA, seule la Turquie ne met pas à disposition gratuitement du matériel d'injection stérile dans des points de distribution spécialisés. Des informations sur la distribution de seringues dans le cadre de programmes spécialisés sont disponibles pour 25 pays, qui, ensemble, ont déclaré la distribution de plus de 53 millions de seringues au cours de la dernière période pour laquelle des données sont disponibles (2015/2017). Ce nombre est bien en dessous de la réalité, car plusieurs grands pays tels que l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni ne communiquent pas de données nationales complètes sur cette distribution. De plus, il est possible d'acheter des seringues dans les pharmacies de certains pays. Quoi qu'il en soit, il semble y avoir de grandes disparités, en termes de couverture des programmes de distribution de seringues, entre les 15 pays pour lesquels il existe des données permettant une comparaison avec les estimations récentes du nombre de personnes qui s'injectent des drogues (figure 3.12).

FIGURE 3.13

Disponibilité du matériel pour un usage de drogue/des rapports sexuels à moindre risque dans 30 pays européens



N.B.: sur la base d'avis d'experts.

Outre les seringues et aiguilles stériles, des compresses pour désinfecter la peau, de l'eau pour dissoudre les drogues et des récipients de mélange propres sont régulièrement ou souvent fournis par les services de réduction des risques dans de nombreux pays (figure 3.13), tandis que les accessoires destinés à un usage autre que l'injection, tels que des feuilles d'aluminium et des pipes, sont moins courants. Les trousses de dépistage du VIH à domicile peuvent aider les usagers de drogues par injection à diagnostiquer rapidement une infection. Elles sont disponibles à la vente dans les pharmacies d'un nombre croissant de pays européens et, dans certains d'entre eux, sont fournies par les services de réduction des risques.

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

L'Europe a l'objectif d'éliminer la menace que représente l'hépatite virale en matière de santé publique, conformément au Programme international de développement durable à l'horizon 2030. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de fournir aux usagers de drogues par injection un meilleur accès à la prévention, au dépistage et au traitement du VHB et du VHC. En 2018, 17 pays de l'UE et la Norvège disposaient de stratégies ou de plans d'action au niveau national contre les hépatites.

Le dépistage du VHC constitue le point de départ pour la prise en charge de l'hépatite et le traitement efficace des personnes testées, et joue un rôle crucial dans la prévention de sa transmission. Il existe des obstacles au dépistage et à la mise en place du traitement que ce soit au niveau du système de soin, des prestataires de services ou des patients. Il peut s'agir de facteurs comme les contraintes financières, la méconnaissance du traitement du VHC, ou la stigmatisation et la marginalisation des usagers de drogues. Pour surmonter ces difficultés, des méthodes novatrices sont nécessaires et les organismes de soins de proximité constituent un cadre privilégié pour favoriser l'accès des usagers de drogues par injection au dépistage et leur orientation vers des soins.

Les directives des experts européens recommandent d'offrir un traitement du VHC dans les plus brefs délais aux individus présentant un risque élevé de transmission du virus, ce qui inclut les détenus et les usagers pratiquant activement l'injection. Dans 95 % des cas, les nouveaux traitements par voie orale à base d'agents antiviraux à action directe donnent lieu à une guérison en huit à 12 semaines. À la suite de baisses du prix de ces médicaments, aujourd'hui, le nombre de pays européens offrant un accès sans restriction aux antiviraux à action directe pour tous les groupes de patients et tous les génotypes du virus, quel que soit le stade de l'infection, est en augmentation.

Interventions dans les prisons: la disponibilité nationale diffère

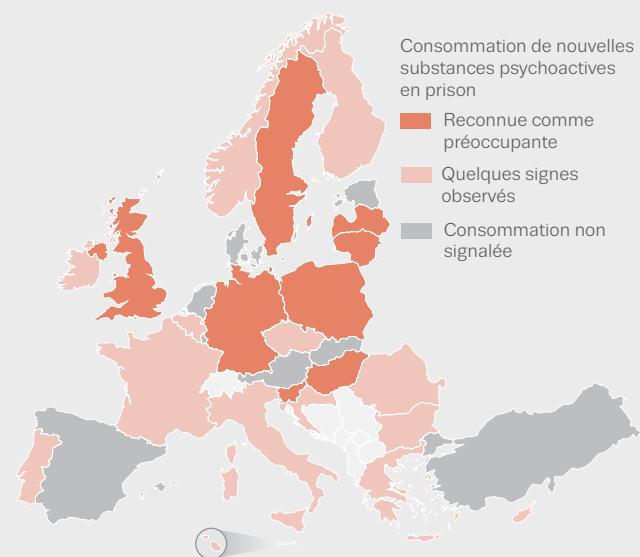
Par rapport à la population générale, les détenus présentent des niveaux plus élevés d'expérimentation et des modes d'usage (comme l'injection) davantage à risque. Les prisons constituent donc un cadre important pour les interventions liées à la consommation de drogues. Une récente étude de l'EMCDDA a fait apparaître que de nouvelles substances psychoactives étaient consommées dans les prisons de 22 pays (figure 3.14) et que les cannabinoïdes de synthèse constituaient le principal problème. Les nouvelles substances psychoactives ont été associées à un large éventail de problèmes de santé physique et mentale, qu'il s'agisse de cas d'intoxication aiguë ou de consommation chronique. En Lettonie, des liens ont été établis entre la consommation de nouveaux opioïdes de synthèse en prison et la hausse du nombre de surdoses, ainsi que du recours à l'injection et au partage de seringues.

Le dépistage des maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC et tuberculose) est disponible dans les prisons de la plupart des pays, bien qu'il se limite parfois au dépistage à l'entrée ou en cas de symptômes uniquement. Si 24 pays ont déclaré fournir un traitement contre l'hépatite C, il n'y a que cinq pays où plus de 60 % des personnes qui en ont besoin en bénéficient. Seize pays ont signalé qu'ils disposaient de programmes de vaccination contre l'hépatite B. La fourniture de matériel d'injection stérile est moins courante, la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans cet environnement étant rapportée par trois pays seulement. Une analyse des données relatives à la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues par injection de 17 pays européens, sur la période 2006-2017, a révélé des taux de prévalence de ces infections nettement plus élevés chez les individus ayant déjà été incarcérés.

La couverture des prises en charge proposées aux prisonniers diffère considérablement d'un pays à l'autre, mais peut inclure des cures de désintoxication, des séances de conseils individuels ou en groupe et un traitement au sein de communautés thérapeutiques ainsi que dans des unités d'hospitalisation spéciales. Plusieurs pays européens ont établi des partenariats entre les services sanitaires des prisons et des prestataires actifs au sein de la communauté, afin de faciliter les actions d'éducation sanitaire et le traitement en prison et d'assurer la continuité des soins lors de l'incarcération comme de la sortie de prison. La préparation à la sortie de prison, y compris la réinsertion sociale, est mentionnée par tous les pays. Des programmes de prévention des surdoses, dont le risque est particulièrement élevé chez les

FIGURE 3.14

Consommation de nouvelles substances psychoactives chez les détenus



N.B.: sur la base de rapports établis par des experts nationaux.

consommateurs d'opioïdes par injection après leur libération, sont signalés dans cinq pays: les détenus sont formés à reconnaître une surdose et à y réagir, et reçoivent de la naloxone à leur sortie de prison.

En 2017, 28 pays ont déclaré avoir autorisé la fourniture de traitements de substitution aux opioïdes dans les prisons; toutefois, la couverture est souvent faible. Un traitement de substitution aux opioïdes peut être initié en prison dans 24 pays. Dans cinq pays, ce traitement ne peut qu'y être poursuivi, s'il a été entamé en milieu libre.

**Les détenus présentent
des niveaux plus élevés
d'expérimentation et des modes
d'usage davantage à risque**

La surdose, cause majeure de décès pour les usagers problématiques de drogues

La consommation de drogues est une cause reconnue de mortalité évitable chez les adultes européens. Globalement, en Europe, les consommateurs d'opioïdes ont entre cinq et 10 fois plus de risques de décéder que les autres personnes du même âge et du même sexe. Il est largement reconnu qu'il importe de réduire la mortalité liée à la surdose chez ces usagers. Ceci étant, d'autres causes de décès indirectement liées à l'usage de drogues, comme les infections, les accidents, la violence, y compris l'homicide, et le suicide, constituent également d'importantes causes de mortalité dans ce groupe. Les affections pulmonaires et hépatiques chroniques ainsi que les problèmes cardiovasculaires sont fréquents et sont, à l'heure actuelle, à l'origine d'une augmentation de la mortalité chez les usagers de drogues chroniques ou plus âgés.

La prudence est de mise lors de l'interprétation des données relatives aux surdoses, et en particulier du total cumulé pour l'Europe, pour des raisons notamment de sous-déclaration systématique dans certains pays, mais aussi des différences dans la manière dont les examens toxicologiques sont effectués. Les processus d'enregistrement peuvent également entraîner des retards dans les signalements. Les estimations annuelles représentent donc une valeur minimale provisoire.

Pour 2017, on estime à au moins 8 238 le nombre de décès par surdose survenus dans l'Union européenne et impliquant au moins une substance illicite. Ce total passe à quelque 9 461 décès si l'on comptabilise la Norvège et la Turquie, ce qui témoigne d'une situation stable par rapport au chiffre estimatif révisé de 2016 (9 397 décès). Le total global pour l'UE reste également stable par rapport à 2016. Comme les années précédentes, le Royaume-Uni (34 %) et l'Allemagne (13 %) regroupent à eux deux près de la moitié du nombre total de décès par surdose signalés dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie. Il convient d'interpréter ce résultat eu égard à la taille des populations à risque dans ces pays, mais aussi à la sous-déclaration dans certains autres pays. Plus des trois quarts (78 %) des personnes qui meurent d'une surdose sont des hommes.

L'âge moyen au moment du décès a continué d'augmenter, atteignant 39,4 ans en 2017 et les hommes meurent deux ans plus tôt que les femmes. Ces tendances reflètent le vieillissement de la population des consommateurs d'opioïdes en Europe, pour lesquels le risque de décès par surdose est plus élevé. Dans certains pays, une partie des cas peut être associée à des décès impliquant des opioïdes dans le contexte d'une gestion de la douleur sur le long terme.

DÉCÈS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

Caractéristiques



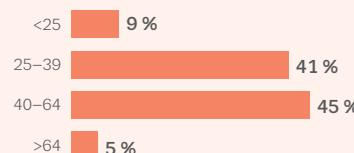
Décès avec présence d'opioïdes



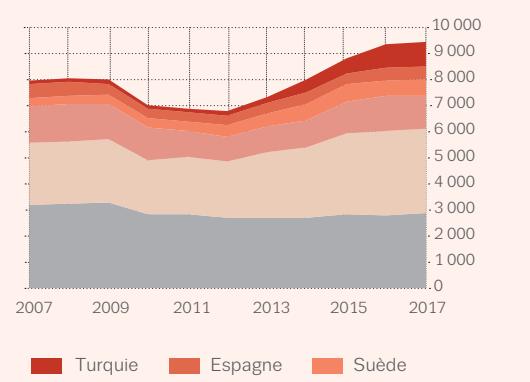
Âge moyen lors du décès

39
ans

Âge lors du décès



Evolution des décès par surdose



Nombre de décès

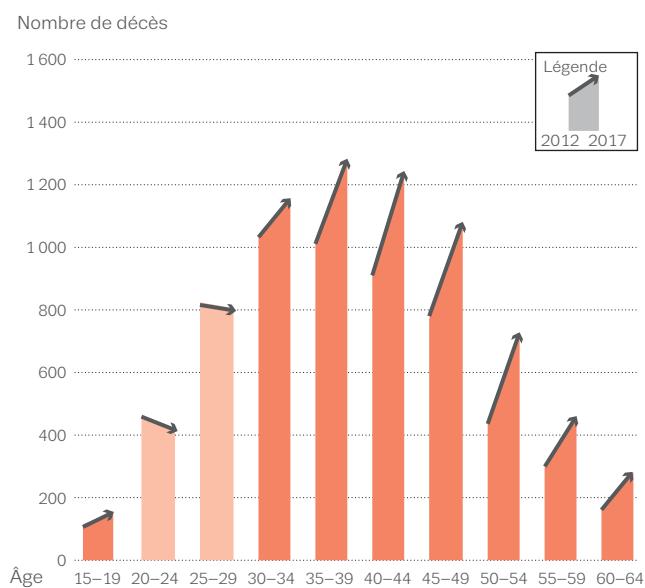
8 238 UE

9 461 UE + 2

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

FIGURE 3.15

Nombre de décès liés à l'usage de drogues signalés dans l'Union européenne en 2012 et en 2017, ou l'année la plus récente disponible, par tranche d'âge



Entre 2002 et 2017, le nombre des décès par surdose dans l'Union européenne a augmenté dans toutes les tranches d'âge de plus de 30 ans (figure 3.15). Le nombre des décès a globalement augmenté de 62 % chez les plus de 50 ans, tandis qu'il est généralement resté stable dans les tranches d'âge inférieures. L'analyse des surdoses

mortelles déclarées en Turquie en 2017 révèle un profil de population plus jeune par rapport à la moyenne de l'Union européenne, avec un âge moyen de 32 ans (figure 3.16).

Mortalité liée aux drogues: des taux supérieurs à la moyenne déclarés dans le nord de l'Europe

En 2017, le taux de mortalité due aux surdoses en Europe est estimé à 22,6 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Ce taux est presque quatre fois plus élevé chez les hommes (35,8 cas par million d'hommes) que chez les femmes (9,3 cas par million de femmes). Les taux de mortalité et leur évolution varient considérablement selon le pays (figure 3.17) et dépendent de facteurs tels que la prévalence et les modes de consommation de drogues, en particulier l'usage d'opioïdes par injection, des facteurs de risque et de protection, tels que la disponibilité des traitements, ainsi que des pratiques nationales de notification, d'enregistrement des informations et de codage des cas de surdose, y compris des niveaux variables de sous-déclaration dans les bases de données nationales en matière de mortalité. Selon les dernières données disponibles, des taux supérieurs à 40 décès par million d'habitants ont été enregistrés dans huit pays du nord de l'Europe, avec en tête l'Estonie (103 décès par million) et la Suède (92 décès par million) (figure 3.17).

FIGURE 3.16

Répartition des décès liés à l'usage de drogues signalés en 2017, ou l'année la plus récente disponible, par tranche d'âge de 10 ans

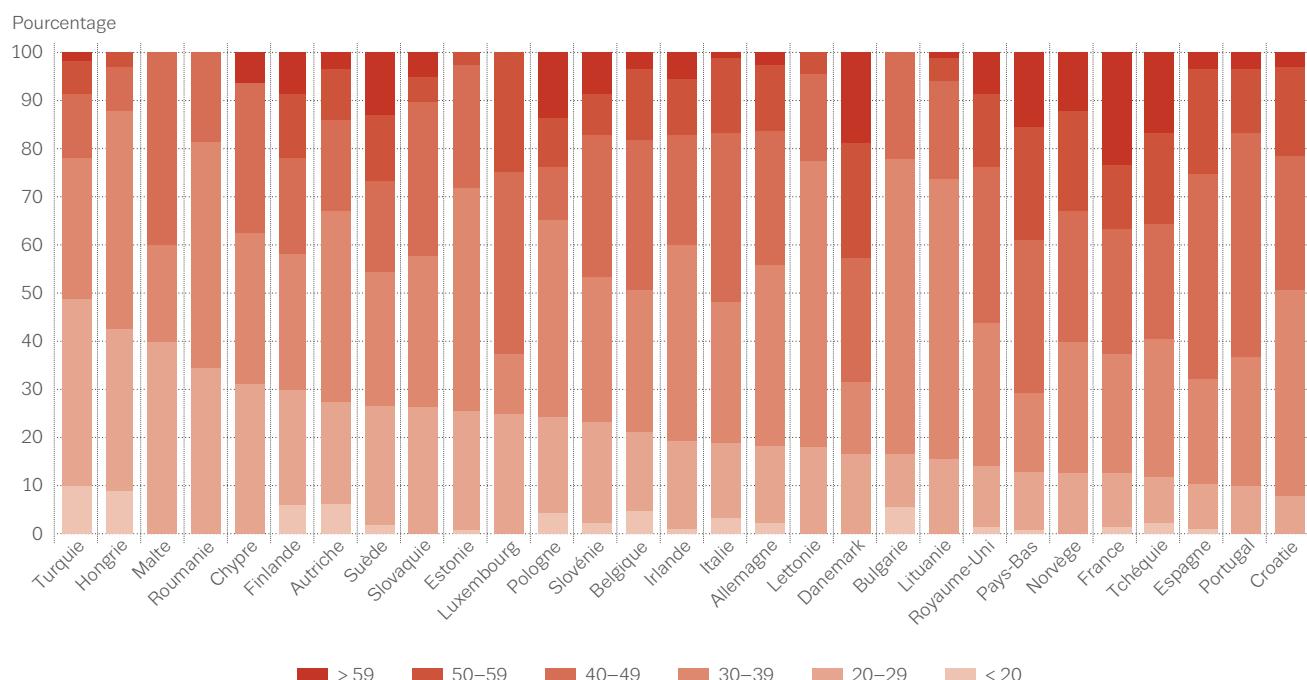
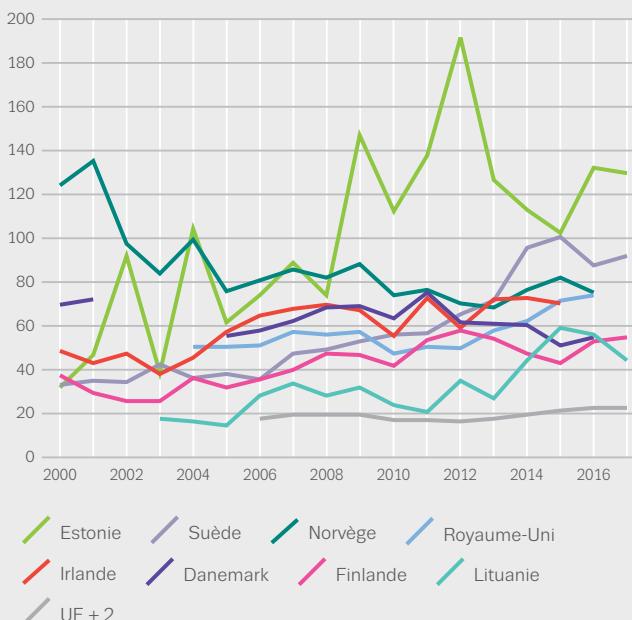


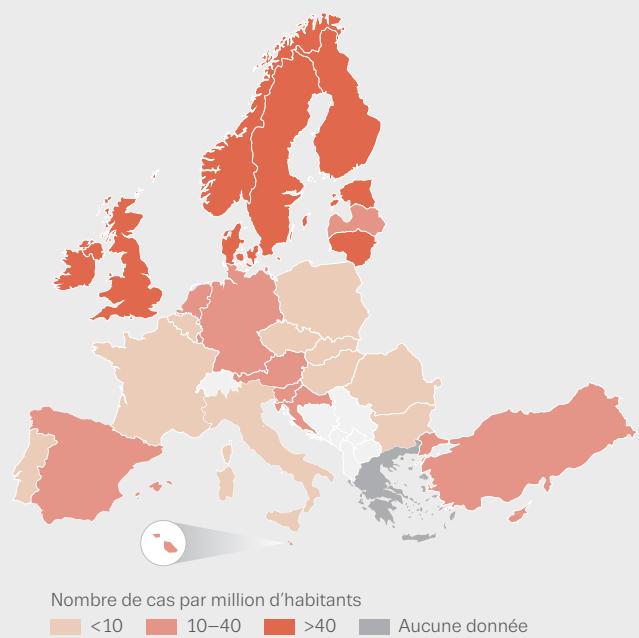
FIGURE 3.17

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

Nombre de cas par million d'habitants



N.B.: tendances dans les huit pays ayant déclaré les taux les plus élevés en 2017 ou 2016 et évolution européenne générale. UE + 2 renvoie aux États membres de l'UE, à la Turquie et à la Norvège.



Surdoses mortelles: des opioïdes impliqués dans la plupart des décès

Les opioïdes, principalement l'héroïne ou ses métabolites, sont impliqués dans la majorité des surdoses mortelles signalées en Europe, souvent en combinaison avec d'autres substances. Selon les données les plus récentes, le nombre de décès liés aux opioïdes a augmenté dans certains pays d'Europe, par exemple au Royaume-Uni, où neuf décès sur 10 (89 %) impliquaient une forme quelconque d'opioïdes.

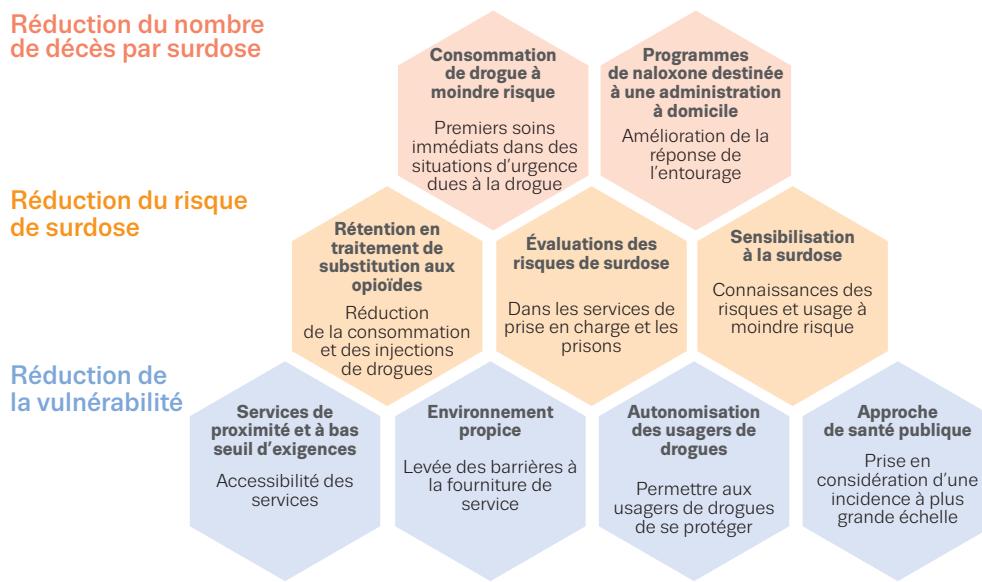
En France, l'héroïne était impliquée dans 26 % des décès par surdose en 2016, contre 15 % en 2012, la méthadone étant quant à elle en cause dans plus d'un tiers (36 %) des cas. Parallèlement, d'autres opioïdes sont couramment mentionnés dans les rapports toxicologiques. Ces substances, principalement la méthadone, mais également la buprénorphine haut dosage (Finlande), le fentanyl et ses dérivés (notamment en Estonie) et le tramadol, sont impliquées dans une part importante des surdoses mortelles dans certains pays. Le nombre accru de décès par surdose signalé en Tchéquie en 2017 était principalement dû à une augmentation du nombre de cas liés à des substances apparentées au fentanyl, à la morphine et à la codéine; l'augmentation observée en Slovaquie se rapportait principalement au tramadol.

Les stimulants comme la cocaïne, les amphétamines, la MDMA et les cathinones sont impliqués dans un nombre plus limité de décès par surdose en Europe, bien que leur importance varie d'un pays à l'autre. En France, la cocaïne était impliquée dans un cinquième des décès, également associée pour moitié à des opioïdes. En Slovénie, où la plupart des décès étaient dus à l'héroïne, la cocaïne était présente dans environ un tiers des cas. En 2017, la Turquie a déclaré 185 décès liés à la MDMA, ce qui correspond à une baisse par rapport à 2016.

La Turquie a également fait état d'une forte hausse du nombre de décès liés aux cannabinoïdes de synthèse: de 137 en 2015 à 563 en 2017. Les cannabinoïdes en question étaient impliqués dans 60 % de tous les décès liés aux drogues signalés dans le pays et la plupart des cas concernaient des hommes âgés d'une vingtaine d'années. Dans plus d'un quart de ces cas, du cannabis a également été trouvé. Au Royaume-Uni, en particulier en Écosse, une augmentation du nombre de décès impliquant de nouvelles substances psychoactives liés aux benzodiazépines a été signalée.

FIGURE 3.18

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



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

La réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux surdoses constitue un défi majeur en matière de santé publique en Europe. L'amélioration de la réponse de santé publique dans ce domaine consiste à réduire la vulnérabilité des usagers, notamment en limitant les freins et en renforçant leur accès aux services accessibles, ainsi qu'en les encourageant à courir moins de risques (figure 3.18). L'évaluation des risques de surdose parmi les usagers et l'accroissement de leur niveau de connaissance face à une surdose, combinés à la mise en place d'un traitement efficace, contribuent à prévenir les cas de surdose. Certaines périodes connues pour être particulièrement à risque, comme la sortie de prison et la fin ou l'abandon d'un traitement, requièrent une attention particulière. Des interventions telles que les salles de consommation de drogue à moindre risque, ainsi que les programmes de distribution de naloxone destinée à une administration à domicile, constituent des réponses ciblées qui ont pour but d'améliorer les chances de survie à la suite d'une surdose. L'importance des traitements de substitution aux opioïdes dans la réduction de la mortalité est attestée par une méta-analyse des études en la matière réalisée en 2018.

Les salles de consommation de drogues à moindre risque sont des espaces où les usagers de drogues peuvent en consommer dans des conditions d'hygiène et de sécurité favorables. Cette intervention vise à la fois à prévenir les surdoses et à garantir la disponibilité d'une aide professionnelle dans un tel cas. Ces salles offrent une

occasion de contact avec des populations d'usagers souvent marginalisées et difficiles à atteindre, et de leur prodiguer des conseils et un soutien en matière de drogues et de santé en général. Typiquement, elles constituent également un point d'accès et d'orientation vers d'autres services médicaux et sociaux, y compris des services de traitement. Il a également été avancé qu'en favorisant une diminution de la consommation de drogues dans les espaces publics, elles contribuent à améliorer l'environnement social dans les zones où cela se produit, par exemple sur les lieux de vente de drogues dans l'espace urbain.

Chaque établissement permet de superviser un nombre conséquent de consommations de drogues (80 000 consommations par an déclarées par certaines des plus grandes salles) qui, autrement, se seraient déroulées dans la rue ou dans d'autres circonstances dangereuses. Dans les années 1980 et 1990, la première génération de salles de consommation de drogues était principalement axée sur la surveillance de la consommation d'héroïne par injection. Or, aujourd'hui, ces structures peuvent aussi permettre de superviser les personnes qui sniffent, fument ou inhalent des drogues. Dans l'Union européenne et en Norvège, au total, 72 salles de consommation de drogues à moindre risque sont opérationnelles dans 51 villes.

Stopper la surdose d'opioïdes: prise de naloxone à domicile

La naloxone est un médicament antagoniste des opioïdes utilisé dans les services d'urgences hospitalières et par le personnel ambulancier pour stopper le processus de surdose. Ces dernières années, on a observé un élargissement des programmes de distribution de naloxone destinée à une administration à domicile. Ces programmes prévoient une formation pour les personnes susceptibles d'être témoins d'une surdose d'opioïdes et la mise à leur disposition de ce médicament.

De récentes études systématiques de l'efficacité de ces programmes ont établi que la distribution de naloxone conjuguée à des actions d'éducation et de formation réduisait la mortalité imputable aux surdoses.

En 2018, des programmes locaux de distribution de naloxone destinée à une administration à domicile étaient opérationnels dans 10 pays européens. Ces programmes sont généralement gérés par les services spécialisés et les services de santé, hormis en Italie, où la naloxone est un médicament en vente libre. En Estonie, en France, au Royaume-Uni et en Norvège, les détenus constituent une population cible des programmes de distribution de naloxone destinée à une administration à domicile.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Publications de l'EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylentanyl, Risk assessments.

2017

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

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

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

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Publications de l'EMCDDA et de l'ECDC

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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

Annexe

Données nationales utilisées pour estimer la prévalence de l'usage problématique d'opioïdes, les traitements de substitution, le nombre total de patients en traitement, l'admission en traitement, la consommation de drogues par injection, les décès liés à l'usage de drogues, les maladies infectieuses liées aux drogues, la distribution de seringues et les saisies. Les données sont extraites et constituent un sous-ensemble du bulletin statistique 2019 de l'EMCDDA, grâce auquel le lecteur peut accéder à des notes et des métadonnées. Les années auxquelles les données renvoient sont indiquées.

TABLEAU A1

OPIOÏDES

Pays	Estimation de l'usage problématique d'opioïdes		Patients admis en traitement au cours de l'année						Patients sous traitement de substitution	
			Patients usagers d'opioïdes en % des patients admis en traitement			% de patients usagers d'opioïdes par injection (principal mode d'administration)				
			Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement		
Année de l'estimation	Nombre de cas pour 1 000 habitants	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	comptage	
Belgique	—	—	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546	
Bulgarie	—	—	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247	
Tchéquie	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000	
Danemark	—	—	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050	
Allemagne (¹)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (—)	9,6 (—)	—	20,1 (—)	17,9 (—)	—	78 800	
Estonie	—	—	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186	
Irlande	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316	
Grèce	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388	
Espagne	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749	
France	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665	
Croatie	2015	2,5-4,0	—	21,2 (203)	—	—	30,9 (56)	—	4 792	
Italie	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642	
Chypre	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209	
Lettonie	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669	
Lituanie	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136	
Luxembourg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142	
Hongrie	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669	
Malte	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025	
Pays-Bas	2012	1,1-1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	5 241	
Autriche	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632	
Pologne	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685	
Portugal	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888	
Roumanie	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530	
Slovénie	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042	
Slovaquie	—	—	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620	
Finlande	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329	
Suède (²)	—	—	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	—	—	—	4 468	
Royaume-Uni (³)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420	
Turquie	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	—	
Norvège (⁴)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	—	—	—	7 622	
Union européenne	—	—	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086	
UE, Turquie et Norvège	—	—	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708	

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible: Estonie et Espagne, 2016; Pays-Bas, 2015. Les données relatives aux patients sous traitement de substitution concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible: Espagne et Slovénie, 2016; Danemark, Hongrie, Pays-Bas et Finlande, 2015. Le nombre indiqué pour la Suède n'est pas représentatif de tous les patients.

(¹) En raison de modifications apportées au système de déclaration des admissions en traitement, seuls des pourcentages sont présentés.

(²) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés. Les données présentées ne sont pas entièrement représentatives de la situation nationale.

(³) L'estimation de l'usage problématique d'opioïdes ne porte pas sur l'Irlande du Nord. Le nombre de patients en traitement de substitution se rapporte à l'Angleterre et au Pays de Galles.

(⁴) Le pourcentage de patients admis en traitement pour des problèmes liés aux opioïdes est une valeur minimale qui ne tient pas compte des usagers d'opioïdes enregistrés comme des polyconsommateurs.

TABLEAU A2

COCAÏNE

	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année					
	Population générale			Population scolaire	Patients usagers de cocaïne en % des patients admis en traitement			% de patients usagers de cocaïne par injection (principal mode d'administration)		
	Année de l'enquête	Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, élèves (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays		%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	2013	—	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bulgarie	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tchéquie	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danemark	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Allemagne (¹)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (—)	6,4 (—)	—	1,5 (—)	0,8 (—)	—
Estonie	2008	—	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	—	—	—	—
Irlande	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Grèce	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Espagne	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
France	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Croatie	2015	2,7	1,6	2	—	3,2 (31)	—	—	3,2 (1)	—
Italie	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Chypre	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Lettonie	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituanie	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luxembourg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Hongrie	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malte	2013	0,5	—	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Pays-Bas	2017	6,2	4,5	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Autriche	2015	3,0	0,4	2	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Pologne	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugal	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
Roumanie	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovénie	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Slovaquie	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	—	25 (1)
Finlande	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Suède (²)	2017	—	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	—	—	—
Royaume-Uni	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Turquie	2017	0,2	0,1	—	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvège	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	—	—	—
Union européenne	—	5,4	2,1	—	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
UE, Turquie et Norvège	—	—	—	—	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

Les estimations de prévalence pour la population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2017, Flandre uniquement), la Bulgarie (2017), l'Allemagne (2011), l'Italie (2017), le Luxembourg (2014, population âgée de 15 ans), l'Espagne (2016), la Suède (2017) et le Royaume-Uni (2016, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les estimations de la prévalence dans la population générale du Royaume-Uni ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles. Tranches d'âge pour les taux de prévalence dans la population générale: France, Allemagne, Grèce et Hongrie, 18-64 ans, 18-34 ans; Danemark et Norvège, 16-64 ans, 16-34 ans; Malte, 18-65 ans; Suède, 17-34 ans; Royaume-Uni, 16-59 ans, 16-34 ans.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible: Estonie et Espagne, 2016; Pays-Bas, 2015.

(¹) En raison de modifications apportées au système de déclaration des admissions en traitement, seules les proportions sont présentées.

(²) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés. Les données présentées ne sont pas entièrement représentatives de la situation nationale.

TABLEAU A3

AMPHÉTAMINES

	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année					
	Population générale			Population scolaire	Patients usagers d'amphétamines en % des patients admis en traitement			% de patients usagers d'amphétamines par injection (principal mode d'administration)		
	Année de l'enquête	Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, élèves (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays		%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	2013	—	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgarie	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Tchéquie	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Danemark	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Allemagne (¹)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (—)	15,3 (—)	—	2,1 (—)	1,9 (—)	—
Estonie	2008	—	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlande	2015	4,1	0,6	3	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	—	—	—
Grèce	—	—	—	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Espagne	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
France	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Croatie	2015	3,5	2,3	3	—	3,4 (33)	—	—	0 (0)	—
Italie	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Chypre	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Lettonie	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Lituanie	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxembourg	2014	1,6	0,1	1	—	—	—	—	—	—
Hongrie	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malte	2013	0,3	—	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Pays-Bas	2017	5,4	3,9	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Autriche	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Pologne	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugal	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Roumanie	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovénie	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovaquie	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finlande	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Suède (²)	2017	—	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	—	—	—
Royaume-Uni	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Turquie	2017	0,0	—	—	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvège	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	—	—	—
Union européenne	—	3,7	1,0	—	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)
UE, Turquie et Norvège	—	—	—	—	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)

Les estimations de prévalence pour la population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2017, Flandre uniquement), la Bulgarie (2017), l'Allemagne (2011), l'Italie (2017), le Luxembourg (2014, population âgée de 15 ans), l'Espagne (2016), la Suède (2017) et le Royaume-Uni (2016, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les estimations de la prévalence dans la population générale du Royaume-Uni ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles. Tranches d'âge pour les taux de prévalence dans la population générale: France, Allemagne et Hongrie, 18-64 ans, 18-34 ans; Danemark et Norvège, 16-64 ans, 16-34 ans; Malte, 18-65 ans; Suède, 17-34 ans; Royaume-Uni, 16-59 ans, 16-34 ans.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible: Estonie et Espagne, 2016; Pays-Bas, 2015. Les données relatives à l'Allemagne, à la Suède et à la Norvège concernent des usagers de «stimulants autres que la cocaïne».

(¹) En raison de modifications apportées au système de déclaration des admissions en traitement, seules les proportions sont présentées.

(²) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient aux soins prodigues dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés. Les données présentées ne sont pas entièrement représentatives de la situation nationale.

TABLEAU A4

MDMA/ecstasy

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année		
	Année de l'enquête	Population générale		Population scolaire	Patients usagers de MDMA en % des patients admis en traitement		
		Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, élèves (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays		%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	2013	—	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgarie	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Tchéquie	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Danemark	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Allemagne	2015	3,3	1,3	2	—	—	—
Estonie	2008	—	2,3	3	0,3 (1)	—	0,6 (1)
Irlande	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Grèce	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Espagne	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
France	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Croatie	2015	3,0	1,4	2	—	0,8 (8)	—
Italie	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Chypre	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	—	—
Lettonie	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Lituanie	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxembourg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	—
Hongrie	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malte	2013	0,7	—	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Pays-Bas	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Autriche	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Pologne	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugal	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Roumanie	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slovénie	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovaquie	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finlande	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Suède	2017	—	2,0	1	—	—	—
Royaume-Uni	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turquie	2017	0,4	0,2	—	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norvège	2017	4,1	2,2	1	—	—	—
Union européenne	—	4,1	1,7	—	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
UE, Turquie et Norvège	—	—	—	—	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

Les estimations de prévalence pour la population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2017, Flandre uniquement), la Bulgarie (2017), l'Allemagne (2011), l'Italie (2017), le Luxembourg (2014, population âgée de 15 ans), l'Espagne (2016), la Suède (2017) et le Royaume-Uni (2016, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les estimations de la prévalence dans la population générale du Royaume-Uni ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles. Tranches d'âge pour les taux de prévalence dans la population générale: France, Allemagne, Grèce et Hongrie, 18-64 ans, 18-34 ans; Danemark et Norvège, 16-64 ans, 16-34 ans; Malte, 18-65 ans; Suède, 17-34 ans; Royaume-Uni, 16-59 ans, 16-34 ans.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible: Estonie et Espagne, 2016; Pays-Bas, 2015.

TABLEAU A5

CANNABIS

Pays	Estimations de prévalence				Patients admis en traitement au cours de l'année		
	Année de l'enquête	Population générale		Population scolaire	Patients usagers de cannabis en % des patients admis en traitement		
		Vie, adultes (15-64 ans)	12 derniers mois, jeunes adultes (15-34 ans)	Vie, élèves (15-16 ans)	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement
Pays	%	%	%	%	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)
Belgique	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgarie	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Tchéquie	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Danemark	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Allemagne (¹)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (—)	64,1 (—)	—
Estonie	2008	—	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlande	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Grèce	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Espagne	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
France	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Croatie	2015	19,4	16,0	21	—	62,9 (602)	—
Italie	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Chypre	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Lettonie	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Lituanie	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxembourg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Hongrie	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malte	2013	4,3	—	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Pays-Bas	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Autriche	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Pologne	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugal	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Roumanie	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slovénie	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slovaquie	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finlande	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Suède (²)	2017	—	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Royaume-Uni	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turquie	2017	2,7	1,9	—	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norvège	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Union européenne	—	27,4	14,4	—	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
UE, Turquie et Norvège	—	—	—	—	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

Les estimations de prévalence pour la population scolaire sont extraites de l'enquête ESPAD 2015, sauf pour la Belgique (2017, Flandre uniquement), la Bulgarie (2017), l'Allemagne (2011), l'Italie (2017), le Luxembourg (2014, population âgée de 15 ans), l'Espagne (2016), la Suède (2017) et le Royaume-Uni (2016, Angleterre uniquement, population âgée de 15 ans). En raison d'une incertitude quant aux procédures de collecte de données, les données concernant la Lettonie peuvent ne pas être comparables.

Les estimations de la prévalence dans la population générale du Royaume-Uni ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles. Tranches d'âge pour les taux de prévalence dans la population générale: France, Allemagne, Grèce et Hongrie, 18-64 ans, 18-34 ans; Danemark et Norvège, 16-64 ans, 16-34 ans; Malte, 18-65 ans; Suède, 17-34 ans; Royaume-Uni, 16-59 ans, 16-34 ans.

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible: Estonie et Espagne, 2016; Pays-Bas, 2015.

(¹) En raison de modifications apportées au système de déclaration des admissions en traitement, seules les proportions sont présentées.

(²) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés. Les données présentées ne sont pas entièrement représentatives de la situation nationale.

TABLEAU A6

AUTRES INDICATEURS

Pays	Décès liés à l'usage de drogues			Cas de VIH diagnostiqués imputés à la consommation de drogue par injection (ECDC)	Estimation de la consommation de drogues par voie intraveineuse		Seringues distribuées par des programmes spécialisés	
	Année	Tous les âges	15-64 ans		année de l'estimation	nombre de cas pour 1 000 habitants		
		comptage	nombre de cas par million d'habitants (comptage)					
Belgique	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077	
Bulgarie	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	—	—	52 927	
Tchéquie	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862	
Danemark (¹)	2016	237	55 (202)	1 (6)	—	—	—	
Allemagne (¹) (²)	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	—	—	—	
Estonie	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158	
Irlande	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	—	—	519 578	
Grèce	2017	62	— (—)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415	
Espagne (³)	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111	
France (⁴)	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416	
Croatie	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299	
Italie	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	—	—	—	
Chypre	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245	
Lettonie	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817	
Lituanie	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370	
Luxembourg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681	
Hongrie	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580	
Malte	2017	5	16 (5)	0 (0)	—	—	315 541	
Pays-Bas	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	—	
Autriche	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	—	—	6 293 593	
Pologne (¹)	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	—	—	59 958	
Portugal	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666	
Roumanie (⁵)	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	—	—	1 095 284	
Slovénie	2017	47	32 (44)	0 (0)	—	—	578 926	
Slovaquie	2017	19	5 (18)	0 (0)	—	—	395 877	
Finlande	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467	
Suède	2017	626	92 (574)	2 (20)	—	—	517 381	
Royaume-Uni (⁶)	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	—	
Turquie (¹)	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	—	—	—	
Norvège	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230	
Union européenne	—	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	—	—	—	
UE, Turquie et Norvège	—	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	—	—	—	

(¹) Dans certains cas, la tranche d'âge n'est pas précisée et ces cas n'ont pas été pris en considération dans le calcul du taux de mortalité: Allemagne (147), Danemark (5), Pologne (1), Turquie (22).

(²) Les données sur le VIH pour l'Allemagne se rapportent à 2016.

(³) Les données relatives aux seringues distribuées par des programmes spécialisés se rapportent à 2016.

(⁴) Les données relatives aux seringues distribuées par des programmes spécialisés se rapportent à 2015.

(⁵) Décès dus aux drogues: couverture infranationale.

(⁶) Données relatives aux seringues pour le Royaume-Uni: Angleterre, aucune donnée; Écosse, 4 742 060 et Pays de Galles, 3 100 009 (ces deux chiffres datent de 2017); Irlande du Nord, 310 005 (2016).

TABLEAU A7

SAISIES

	Héroïne		Cocaïne		Amphétamines		MDMA, MDA, MDEA	
	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	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (–)	1 692
Bulgarie	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Tchéquie	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Danemark	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Allemagne	298	–	8 166	–	1 784	–	693 668 (–)	–
Estonie	<0,1	3	17	154	33	454	– (6)	310
Irlande	–	765	–	792	–	91	– (–)	344
Grèce	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Espagne	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (–)	3 569
France	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (–)	1 073
Croatie	27	140	466	418	38	775	– (9)	743
Italie	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Chypre	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Lettonie	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Lituanie	4	173	623	98	28	278	– (22)	140
Luxembourg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Hongrie	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malte	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Pays-Bas (¹)	1 110	–	14 629	–	146	–	– (1 250)	–
Autriche	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Pologne	2	2	69	9	608	33	– (–)	–
Portugal	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Roumanie	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slovénie	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slovaquie	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finlande	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (–)	695
Suède	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Royaume-Uni	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turquie	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (–)	6 663
Norvège	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
Union européenne	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
UE, Turquie et Norvège	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

Les amphétamines incluent l'amphétamine et la méthamphétamine.

Remarque: toutes les données concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible.

(¹) Les données sur le nombre et la quantité des saisies ne tenant pas compte de tous les services de détection et de répression concernés, il y a lieu de considérer ces chiffres comme partiels et minimaux. Les saisies de cocaïne représentent la majorité des saisies importantes.

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 (en kg)	comptage
Belgique	947	6 133	946	28 519	416 576 (–)	1 234
Bulgarie	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Tchéquie	9	173	1 095	5 369	54 392 (–)	502
Danemark	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Allemagne	1 295	–	7 731	–	101 598 (–)	–
Estonie	80	54	54	823	– (24)	35
Irlande	–	257	–	1 546	– (–)	280
Grèce	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (–)	742
Espagne	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (–)	3 038
France	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (–)	395
Croatie	8	351	2 410	7 057	7 405 (–)	213
Italie	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (–)	1 545
Chypre	1	8	151	826	161 (–)	23
Lettonie	202	36	43	848	– (102)	55
Lituanie	2 089	53	124	924	– (–)	–
Luxembourg	19	348	113	935	74 (–)	13
Hongrie	114	153	3 674	3 751	5 287 (–)	156
Malte	591	109	0,2	175	11 (–)	5
Pays-Bas (¹)	942	–	3 104	–	722 618 (–)	–
Autriche	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (–)	533
Pologne	1 237	18	1 043	93	448 (–)	8
Portugal	14 790	3 647	410	437	22 910 (–)	158
Roumanie	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slovénie	20	126	838	3 768	13 594 (–)	218
Slovaquie	1	26	144	1 115	2 299 (–)	31
Finlande	693	252	322	1 158	15 200 (–)	1 150
Suède	2 809	13 140	1 125	8 825	– (–)	–
Royaume-Uni	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (–)	9 583
Turquie	81 429	8 718	94 379	41 929	– (–)	3 143
Norvège	2 035	9 533	385	3 473	– (43)	167
Union européenne	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
UE, Turquie et Norvège	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Remarque: toutes les données concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible.

(¹) Les données sur le nombre et la quantité des saisies ne tenant pas compte de tous les services de détection et de répression concernés, il y a lieu de considérer ces chiffres comme partiels et minimaux.

Comment prendre contact avec l'Union européenne?

En personne

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

Par téléphone ou courrier électronique

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

— par téléphone:

- via un numéro gratuit: 00 800 6 7 8 9 10 11 (certains opérateurs facturent cependant ces appels),
- au numéro de standard suivant: +32 22999696;

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

Comment trouver des informations sur l'Union européenne?

En ligne

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

Publications de l'Union européenne

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

Droit de l'Union européenne et documents connexes

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

Données ouvertes de l'Union européenne

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

À propos de ce rapport

Le rapport Tendances et évolutions présente une analyse très complète du phénomène de la drogue en Europe. Il examine l'offre de drogues, les modes de consommation et les problèmes de santé publique ainsi que les politiques antidrogues et les réponses apportées au problème. Avec le [bulletin statistique](#) en ligne et un [Panorama national des drogues](#) pour chacun des 30 pays concernés, il compose le dossier du [Rapport européen sur les drogues 2019](#).

À propos de l'EMCDDA

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

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

