



## COMMUNIQUÉ de l'agence sur les drogues de l'UE à Lisbonne

---

### RAPPORT ANNUEL 2007: PRINCIPAUX AXES

#### **Messages positifs du rapport sur les drogues de l'UE assombris par les nombreux décès liés à la drogue et à la consommation croissante de cocaïne**

(22.11.2007, LISBONNE **SOUS EMBARGO JUSQU'À 10H00 heure de Bruxelles**) Après plus d'une décennie d'augmentation de la consommation de drogue, l'Europe pourrait désormais entrer dans une phase plus stable, selon l'**Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)**. Non seulement la consommation d'héroïne et de drogues injectables semble généralement moins répandue, mais de nouvelles données suggèrent en outre que la consommation de cannabis se stabilise après une progression soutenue. Les messages positifs sont toutefois assombris par les nombreux décès liés à la drogue et la consommation croissante de cocaïne. Ces commentaires accompagnent la publication du **Rapport annuel 2007 sur l'état du phénomène de la drogue en Europe** par l'**OEDT**, aujourd'hui à Bruxelles.

- **Cannabis:** la consommation se stabilise et les signes de popularité diminuent chez les jeunes. Mais la consommation intensive de cannabis soulève des inquiétudes en matière de santé: quelque 3 millions de personnes en feraient une consommation quotidienne, ou quasi-quotidienne.
- **Cocaïne:** les estimations sont de nouveau à la hausse. Environ 4,5 millions d'Européens déclarent avoir consommé cette drogue l'année dernière. Les saisies de cocaïne ont atteint des niveaux record en Europe: 107 tonnes en 2005, soit une augmentation de plus de 45 % par rapport aux quantités saisies en 2004.
- **VIH:** l'évaluation est globalement favorable, mais les 3 500 nouvelles infections survenues parmi les consommateurs de drogues injectables en 2005 soulignent la nécessité de poursuivre les efforts. Environ 200 000 consommateurs de drogues par injection sont porteurs du VIH, et environ 1 million du VHC (hépatite C), «épidémie cachée de l'Europe».
- **Décès:** l'Europe risque d'échouer dans sa tentative de réduction du nombre de décès liés à la drogue. Les surdoses sont responsables de 7 000 à 8 000 décès par an, et aucune tendance à la baisse n'est détectable dans les données les plus récentes.

#### **Cannabis: la consommation se stabilise et les signes de popularité diminuent chez les jeunes**

Près d'un quart de la totalité des adultes de l'UE — environ 70 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans — a essayé le cannabis à un moment ou un autre de leur vie, et environ 7 % — 23 millions — en ont consommé au cours de l'année précédente. Bien que le cannabis reste la drogue illicite la plus couramment consommée en Europe, à des niveaux historiquement élevés, les nouvelles tendances sont une source d'«optimisme prudent», d'après le rapport.

Après la forte croissance de la consommation de cannabis dans les années 1990 et une augmentation plus modeste depuis 2000, les données plus récentes suggèrent une stabilisation ou un déclin, notamment dans les pays à forte prévalence. Dans plusieurs États membres, certains signes semblent indiquer un déclin de la popularité de cette drogue auprès des jeunes.

Selon le rapport 2007, 13 % des jeunes Européens (âgés de 15 à 34 ans) en moyenne ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée. Les taux les plus élevés sont signalés par l'**Espagne** (20 %), la **République tchèque** (19,3 %), la **France** (16,7 %), l'**Italie** (16,5 %) et le **Royaume-Uni** (16,3 %) (tableau GPS-11, figure GPS-4, données provenant des enquêtes nationales). Parmi ces pays, les tendances récentes indiquent que les taux se sont stabilisés ou commencent à décliner (en **Espagne**), et ont chuté de 3-4 points de pourcentage en **République tchèque**, en **France** et au **Royaume-Uni**. Les données les plus récentes des pays qui présentent des taux intermédiaires indiquent une stabilisation au **Danemark** et aux **Pays-Bas** et une diminution en **Allemagne**.

Chez les jeunes **Britanniques** (de 16 à 24 ans), la consommation de cannabis est passée de 28,2 % en 1998 à 21,4 % en 2006, suggérant que cette drogue devenait moins populaire au sein de cette tranche d'âge (figure GPS-10). Selon l'enquête espagnole effectuée en milieu scolaire, la consommation chez les 14-18 ans est passée de 36,6 % en 2004 à 29,8 % en 2006.

Bien que le niveau de la consommation semble toujours en hausse chez les jeunes adultes de **Hongrie**, de **Slovaquie** et de **Norvège**, cette augmentation est généralement modérée et moins prononcée dans les estimations les plus récentes. L'**Italie** fait figure d'exception, avec une progression des taux de consommation de cannabis dans la même tranche d'âge, de 12,8 % en 2003 à 16,5 % en 2005 (figure GPS-4).

### L'attention s'oriente vers la consommation intensive de cannabis

Seule une proportion relativement faible de consommateurs de cannabis déclare un usage régulier et intensif, mais cette proportion représente néanmoins un «nombre considérable d'individus» selon le rapport. D'après l'**OEDT**, un cinquième environ (18 %) des 70 millions d'adultes (15-64 ans) qui ont déjà consommé du cannabis déclarent en avoir consommé au cours du dernier mois: cela représente plus de 13 millions d'Européens. Et un pourcentage estimé à 1 % des adultes européens, soit environ 3 millions de personnes, consommeraient cette drogue quotidiennement ou presque. Les taux de prévalence sont généralement supérieurs chez les plus jeunes, notamment les jeunes hommes (figure GPS-7).

**M. Marcel Reimen, président de l'OEDT**, affirme: «S'il est encourageant que l'escalade de la consommation de cannabis ait été enrayerée, nous devons désormais nous efforcer d'améliorer l'observation des modes de consommation plus intensifs en Europe. L'Observatoire est déjà en train d'élaborer avec les États membres de nouvelles méthodes pour rendre compte de cette question spécifique et affiner ses estimations. Il est essentiel de comprendre comment et pourquoi les consommateurs de cannabis rencontrent des problèmes afin de planifier des réponses et estimer l'impact potentiel sur la santé de la drogue illicite la plus consommée en Europe.»

Entre 1999 et 2005, le nombre d'Européens demandant un traitement pour dépendance au cannabis a pratiquement triplé, mais cette tendance semble aujourd'hui se stabiliser. Durant cette période, les nouvelles demandes de traitement de la dépendance au cannabis sont passées de 15 439 à 43 677 et, en 2005, plus d'un quart (29 %) de toutes les nouvelles demandes de traitement étaient liées au cannabis (figure TDI-1, partie ii; chapitre 3, figure 4).

Savoir dans quelle mesure cette demande croissante est due à une hausse de la consommation intensive et des besoins de traitement conséquents est difficile. D'autres facteurs pourraient également influencer: le nombre accru d'orientations vers les services de traitement par le système de justice pénale, un meilleur signalement des cas ou l'ouverture de services de traitement spécifiques au cannabis.

«La situation du cannabis en Europe se trouve également compliquée par des facteurs inhérents au marché», selon le rapport. Plus de la moitié des États membres de l'UE signalent désormais une production domestique de cannabis. Cette production pourrait être élevée, mais elle est plus difficile à repérer que les importations, car son acheminement plus rapide la rend moins susceptible d'être interceptée. L'analyse du marché du cannabis sera l'une des priorités de l'Observatoire en 2008.

Des interventions innovantes se développent actuellement en Europe afin de répondre aux besoins très variés des consommateurs occasionnels, réguliers et intensifs de cannabis (bien que les recherches dans ce domaine

restent essentiellement américaines ou australiennes). Elles incluent notamment des activités en ligne, qui permettent aux utilisateurs d'analyser leur mode de consommation, et l'envoi de messages sur leur téléphone portable pour les informer et les conseiller. Près de la moitié des États membres de l'UE (13 pays) déclarent aujourd'hui disposer de centres de traitement spécialisés dans la dépendance au cannabis.

### Les estimations récentes indiquent une nouvelle hausse de la consommation de cocaïne

Environ 4,5 millions d'Européens (âgés de 15 à 64 ans) ont consommé de la cocaïne l'année dernière, selon l'OEDT, qui a revu à la hausse son estimation du *Rapport annuel 2006* (3,5 millions d'adultes). D'après le nouveau rapport, «la situation générale de stabilisation déclarée l'année dernière est également remise en question par les nouvelles données (européennes) qui indiquent une augmentation globale de la consommation.»

Malgré les variations considérables entre les pays, les nouvelles données confirment la place de la cocaïne en tant que première drogue stimulante en Europe et deuxième drogue illicite la plus consommée après le cannabis (avant l'ecstasy et les amphétamines). L'OEDT estime que 12 millions d'Européens environ (4 % des adultes) ont déjà pris de la cocaïne. Quelque 2 millions en ont consommé du cours du mois écoulé, soit plus du double des estimations concernant l'ecstasy.

Chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), une augmentation de la consommation de cocaïne a été enregistrée l'année dernière dans la plupart des pays qui disposent de données issues d'enquêtes récentes. La hausse demeure limitée dans les pays à forte prévalence (**Espagne** et **Royaume-Uni**), suggérant que cette tendance pourrait s'infléchir. Des augmentations importantes ont été signalées par le **Danemark** et l'**Italie** (chapitre 5, figure 7).

### Impact de la cocaïne sur la santé publique

L'augmentation de la demande de traitements permet de mesurer l'impact de la consommation de cocaïne sur la santé publique. En 2005, près d'un quart (22 %) de toutes les nouvelles demandes de traitement en Europe concernaient la cocaïne: un total de 33 027 patients, contre 12 633 en 1999, étaient concernés (figure TDI-1, partie ii). L'**Espagne** et les **Pays-Bas** signalent une forte proportion de cocaïnomanes parmi leurs patients. C'est également de ces pays que provient la majorité des déclarations de traitement de la dépendance à la cocaïne en Europe.

Selon le rapport, les services de traitement doivent proposer des soins à une grande diversité de patients: consommateurs occasionnels socialement intégrés, qui consomment également de l'alcool ou d'autres drogues (usage «récréatif»); consommateurs dépendants aux opiacés, qui s'injectent cocaïne et héroïne; et un nombre limité de consommateurs de crack très marginalisés. Quelque 400 décès dus à la consommation de cocaïne ont été déclarés en Europe en 2005. Mais les conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé sont souvent mal détectées dans les systèmes de recensement actuels. Ce sujet fait l'objet d'une attention spéciale dans l'actuel numéro de *Questions spécifiques (Selected issues)*, «Cocaïne et crack: un problème de santé publique de plus en plus préoccupant» (voir le résumé de presse).

### Saisies record de cocaïne

D'autres facteurs indiquent une tendance à la hausse de la consommation de cocaïne, «confirmant ainsi l'importance croissante de la cocaïne dans les problèmes de drogue en Europe», selon le rapport. Le nombre de saisies de cocaïne et les quantités interceptées en Europe a augmenté entre 2000 et 2005. En 2005, 70 000 saisies de cocaïne ont été réalisées, pour une quantité record de 107 tonnes, soit une augmentation de plus de 45 % par rapport aux quantités saisies en 2004.

Le principal point d'entrée de la cocaïne en Europe demeure la **péninsule ibérique**. L'**Espagne** et le **Portugal** ont connu une forte hausse des saisies de cocaïne et des quantités interceptées. Les saisies réalisées en **Espagne** représentaient environ la moitié du nombre total de saisies effectuées et le plus gros volume intercepté (48,4 tonnes en 2005, contre 33,1 tonnes en 2004). Le **Portugal** occupait le deuxième rang en

termes de quantités interceptées (18,1 tonnes en 2005, contre 7,4 tonnes en 2004), devant les **Pays-Bas** (tableau SZR-10).

La majeure partie de la cocaïne saisie en Europe arrive d'**Amérique du Sud** ou transite par l'**Amérique centrale** et les **Caraïbes**, les **pays d'Afrique occidentale** étant de plus en plus utilisés comme voies de transit. L'UE répond aux changements des itinéraires du trafic en renforçant la coordination et la coopération entre les États membres. À titre d'exemple, le Centre d'opération et d'analyse maritime de lutte contre le trafic de drogue (MAOC-N), issu de la collaboration entre sept États membres de l'UE (**Espagne, Irlande, France, Italie, Pays-Bas, Portugal et Royaume-Uni**) et Europol, a été créé en septembre 2007 au Portugal.

Les infractions liées à la cocaïne ont augmenté durant la période 2000-2005 dans tous les pays européens sauf l'**Allemagne**, où ce chiffre est resté relativement stable. La moyenne de l'UE a progressé de 62 % au cours de cette période (chapitre 1, figure 1).

### **VIH: l'évaluation est globalement favorable, mais 3 500 usagers de drogues par injection ont été contaminés en 2005**

Le taux de transmission du VIH parmi les usagers de drogues par injection était faible dans la plupart des pays de l'UE en 2005. Cette évolution favorable peut être associée à la disponibilité accrue de la prévention, des traitements et des mesures de réduction des risques, ainsi qu'au déclin de la popularité de la consommation de drogue par voie intraveineuse dans certains pays. Avec le développement de ces services, l'épidémie de VIH précédemment redoutée en Europe semble avoir été largement évitée.

Selon le rapport, «La situation en **Estonie**, en **Lettonie** et en **Lituanie** reste inquiétante mais, là encore, la plupart des données récentes vont dans le sens d'une réduction relative des nouveaux cas d'infection». Grâce aux taux de transmission plus faibles, le poids général de l'infection <sup>(1)</sup> dû à l'usage de drogues par injection est susceptible de diminuer, notamment dans les régions où la prévalence est élevée (figure INF-2). Le **Portugal** déclare le taux de transmission du VIH le plus élevé chez les consommateurs de drogues injectables des pays de l'UE où des données sont disponibles (environ 850 nouvelles infections diagnostiquées en 2005).

Bien que l'usage de drogues par injection soit devenu un vecteur de transmission du VIH moins important, l'**OEDT** estime qu'elle était encore responsable de quelque 3 500 nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués dans l'UE en 2005. Ce chiffre, qui peut sembler faible par rapport aux données antérieures, constitue malgré tout un sérieux problème de santé publique. Selon le rapport, entre 100 000 et 200 000 usagers de drogues par injection sont aujourd'hui séropositifs.

Le virus de l'hépatite C (VHC) est plus répandu chez les consommateurs européens, et réparti de manière plus uniforme que le VIH. L'**OEDT** estime qu'environ 1 million de personnes ayant déjà consommé des drogues par injection vivent avec le VHC. Les études effectuées en 2004-2005 ont révélé des taux uniformément élevés de prévalence du VHC. En effet, la plupart des pays (17) signalent des taux dépassant les 60 % chez au moins un groupe étudié d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Si la prévention de la contamination par le VIH représente un succès apparent, les services de prévention et de réduction des risques semblent avoir eu un impact plus faible sur le VHC, «épidémie cachée de l'Europe».

### **L'Europe risque d'échouer à réduire le nombre de décès liés à la drogue**

Selon l'**OEDT**, les surdoses sont une cause majeure de mortalité évitable chez les jeunes Européens. Cependant, les dernières données européennes indiquent que les décès liés à la drogue atteignent des niveaux historiquement élevés et ne diminuent plus, soulignant la nécessité pour les décideurs politiques d'accorder plus d'attention à cette question (chapitre 8, figure 13). La réduction des décès liés à la drogue constitue un objectif spécifique de l'actuel plan d'action drogue de l'UE (2005-2008).

L'**OEDT** estime que 7 000 à 8 000 décès sont imputables à la drogue, et principalement à la consommation d'opiacés, dans l'**UE** et en **Norvège** en 2005. Une récente hausse des décès a été enregistrée dans plusieurs

pays, et a dépassé les 30 % en **Grèce** (2003-2005), en **Autriche** (2002-2005), au **Portugal** (2003-2005) et en **Finlande** (2002-2004).

Les décès liés à la drogue dans l'**UE** et en **Norvège** ont diminué de 6 % en 2001, de 14 % en 2002 et de 5 % en 2003 (chapitre 8, figure 13), après des hausses rapides dans les années 1980 et au début des années 1990, et des hausses régulières de la fin des années 1990 jusqu'à l'an 2000. Selon le **Rapport annuel** de l'année dernière, la courbe descendante des décès entre 2000 et 2003 a été interrompue par une légère augmentation des décès liés à la drogue entre 2003 et 2004 (tableau DRD-2, partie i).

Alors que l'augmentation de la consommation et l'injection d'héroïne étaient la cause probable des précédentes augmentations de la mortalité, ce n'est plus le cas aujourd'hui, la consommation d'héroïne demeurant stable dans la plupart des pays européens. «Il est urgent de déterminer les raisons pour lesquelles les décès liés à la drogue demeurent si élevés», déclare **M. Wolfgang Götz, directeur de l'OEDT**. Les facteurs de risques susceptibles de contribuer à ce problème incluent la progression de la consommation de drogues multiples par les consommateurs d'opiacés et la disponibilité croissante de l'héroïne.

Un volume estimé de 6 610 tonnes d'opium a été produit en 2006, dont 92 % en **Afghanistan**. La production potentielle totale d'héroïne était estimée à 606 tonnes en 2006, contre 472 tonnes l'année précédente (ONUDDC, 2007). Bien que l'impact de cette production record d'opium ne soit pas encore visible dans les chiffres de la consommation d'héroïne en Europe, le rapport y voit une menace: «La stabilisation ou l'amélioration générale durable observée en matière de consommation d'héroïne en Europe est remise en question par l'augmentation de la production d'opium en Afghanistan.»

Les recherches montrent que les traitements de substitution réduisent le risque de surdose mortelle. Cependant, chaque année, des décès sont provoqués par le détournement des produits de substitution. La présence de la méthadone, opiacé de synthèse, associée à d'autres substances psychoactives est signalée par plusieurs pays dans une proportion relativement importante de décès liés aux drogues. La surveillance de ces décès et des circonstances qui les entourent peuvent fournir des informations clés pour améliorer les programmes de substitution et concevoir des initiatives de prévention et de réduction des risques.

Les mesures susceptibles de contribuer à la réduction de la mortalité liée à l'usage de drogue incluent: un accès facilité aux traitements, des stratégies de réduction des risques pour les usagers de drogues sortant de prison, une formation aux premiers soins pour aider les usagers de drogues à réagir en cas d'urgence, et une formation du personnel soignant aux risques de la polyconsommation de drogues. Le rapport affirme néanmoins que «l'Europe n'a toujours pas adopté une approche globale de la prévention des surdoses».

**M. Wolfgang Götz** déclare: «Plus de 7 000 pertes en vies humaines sont recensées chaque année. C'est la preuve irréfutable que nous n'appliquons pas les bonnes mesures en matière de prévention des surdoses en Europe. Nous avons effectué de réels progrès en réduisant la contamination par le VIH chez les usagers de drogues. Nous devons désormais accompagner ces progrès par des actions tout aussi efficaces pour réduire les décès liés à la drogue. Cela nécessitera un esprit novateur, déterminé et visionnaire, et, en fin de compte, l'investissement des décideurs politiques dans des programmes destinés à réduire les surdoses.»

---

**Notes:** les données présentées dans le rapport concernent l'année 2005 ou l'année la plus récente disponible. Les chiffres et les tableaux mentionnés dans le présent communiqué figurent dans le rapport en tant que tel ou dans le *Bulletin statistique 2007*. Les informations ou les liens relatifs aux produits, services et manifestations du *Rapport annuel* sont disponibles à l'adresse: <http://www.emcdda.europa.eu/events/2007/annualreport.cfm>

(<sup>1</sup>) Pour des informations sur le «poids de l'infection», voir: <http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>