

Chapitre 4

Amphétamines, ecstasy, substances hallucinogènes, GHB et kétamine

Introduction

Dans nombreux de pays européens, les amphétamines (terme générique regroupant l'amphétamine et la méthamphétamine) ou l'ecstasy sont la deuxième drogue illicite la plus répandue. En outre, dans certains pays, la consommation d'amphétamines constitue une partie importante du phénomène de la drogue et est responsable d'une part considérable des demandes de traitement.

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants du système nerveux central. De ces deux substances, l'amphétamine est de loin celle qu'il est le plus facile de se procurer en Europe, alors que la consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la République tchèque et, depuis plus récemment, à la Slovaquie. Ces dernières années, la méthamphétamine a également fait son apparition sur les marchés de la drogue d'autres pays, en particulier dans le nord de l'Europe (Lettonie, Suède, Norvège et, dans une moindre mesure, Finlande), où elle semble avoir remplacé partiellement l'amphétamine. En 2010, de nouveaux signes d'usage problématique de la méthamphétamine, bien que probablement à un niveau très faible, ont été déclarés par l'Allemagne, la Grèce, Chypre, la Hongrie et la Turquie, alors que les saisies de cette substance ont augmenté en Estonie et en Autriche.

L'ecstasy est le nom générique de substances de synthèse chimiquement apparentées aux amphétamines, mais dont les effets sont, dans une certaine mesure, différents. La plus connue des substances du groupe de l'ecstasy est la 3,4-méthylénedioxy-méthamphétamine (MDMA), mais on trouve parfois aussi d'autres substances analogues dans les comprimés d'ecstasy (MDA, MDEA). Historiquement, sa popularité est liée aux milieux de la *dance music* mais ces dernières années ont vu un certain recul de la consommation et de la disponibilité de l'ecstasy en Europe. Les données les plus récentes indiquent toutefois un retour de la MDMA dans certains pays européens.

Enfin, les niveaux globaux de prévalence des drogues hallucinogènes, comme le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) et les champignons hallucinogènes, sont

généralement faibles et sont restés stables dans une large mesure ces dernières années.

Depuis le milieu des années 1990, la consommation récréative de kétamine et de gamma-hydroxybutyrate (GHB), deux produits anesthésiants, a été observée parmi des sous-groupes d'usagers de drogue en Europe. Ce problème étant pris de plus en plus au sérieux, les services compétents commencent à cibler les utilisateurs de ces drogues. Cette reconnaissance concerne également les problèmes de santé liés à ces substances, en particulier les maladies de la vessie associées à l'usage de kétamine de longue durée.

Offre et disponibilité

Précursors de drogue

L'amphétamine, la méthamphétamine et l'ecstasy sont des drogues de synthèse dont le processus de fabrication nécessite des précurseurs chimiques. Un aperçu de la production illicite de ces substances peut être obtenu en étudiant les rapports de saisies des produits chimiques contrôlés — détournés du commerce licite — qui entrent dans leur fabrication.

Les efforts internationaux visant à prévenir le détournement des précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication illicite de drogues de synthèse sont coordonnés dans le cadre du projet «Prism», qui utilise un système de déclarations préalables des exportations pour le commerce licite et la communication des cargaisons arrêtées et des saisies réalisées en cas de transactions suspectes (OICS, 2012b).

L'Organisation internationale de contrôle des stupéfiants (OICS) indique que les saisies mondiales de 1-phényl-2-propanone (P2P, BMK), qui peut être utilisé pour la fabrication illicite d'amphétamine et de méthamphétamine, ont quintuplé, passant de 4 900 litres en 2009 à 26 300 litres en 2010. Les saisies opérées au Mexique (14 200 litres en 2010), au Canada (6 000 litres) et en Belgique (5 000 litres) représentaient 95 % du

Tableau 4 – Saisies, prix et pureté de l'amphétamine, de la méthamphétamine, de l'ecstasy et du LSD

	Amphétamine	Méthamphétamine	Ecstasy	LSD
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	19	45	3,8	Pas d'application
Quantité saisie UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	5,1 tonnes (5,4 tonnes)	500 kilogrammes (600 kilogrammes)	Comprimés 3,0 millions (3,9 millions)	Unités 97 900 (98 000) (¹)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
Prix de vente moyen au détail (en euros) Intervalle (Intervalle interquartile)	Gramme 6-41 (9,6-21,2)	Gramme 10-70	Comprimé 2-17 (3,9-8,4)	Dose 3-26 (6,5-13,1)
Pureté moyenne (ou teneur en MDMA pour l'ecstasy) Intervalle (Intervalle interquartile)	5-39 % (7,8-27,2 %)	5-79 % (28,6-64,4 %)	3-104 mg (33,0-90,4 mg)	Pas d'application

(¹) La quantité totale de LSD saisie en 2010 est sous-estimée, en raison de l'absence de données pour 2010 en provenance de la Suède, pays ayant déclaré des saisies relativement importantes en 2009.

NB: Toutes les données se rapportent à 2010; «Pas d'application» peut aussi signifier «Données non disponibles».

Sources: ONUDC (2012) pour les valeurs mondiales. Points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

total mondial déclaré à l'OICS (2012a). Dans l'Union européenne, les saisies de P2P ont également fortement augmenté, passant de 863 litres en 2009 à 7 493 litres en 2010 (Commission européenne, 2011). Dans le monde, les saisies d'acide phénylacétique, un précurseur du P2P, ont quadruplé en 2010 (OICS, 2012a). Dans l'Union européenne, les saisies de cette substance chimique en 2010 (1,5 kilo) ont été beaucoup moins importantes qu'en 2009 (277 kilos) (Commission européenne, 2011). Les saisies mondiales d'éphédrine et de pseudoéphédrine, deux principaux précurseurs de la méthamphétamine, ont baissé en 2010 (OICS, 2012a). Néanmoins, les saisies de ces précurseurs dans l'Union européenne ont augmenté en 2010: 1,2 tonne d'éphédrine (685 kilos en 2009) et 1,5 tonne de pseudoéphédrine (186 kilos en 2009) (Commission européenne, 2011).

Deux précurseurs chimiques principaux sont associés à la fabrication de la MDMA: le 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK) et le safrole. En 2010, les saisies mondiales de PMK ont atteint 2 litres, contre 40 litres en 2009; quant aux saisies de safrole, elles ont chuté de 1 048 litres en 2009 à 168 litres en 2010. Dans l'Union européenne, aucune saisie de PMK n'a été effectuée en 2010, et seulement quatre saisies de safrole ont été réalisées, totalisant 85 litres.

En 2010, du gamma-butyrolactone, un précurseur du GHB, a encore été saisi dans l'Union européenne, avec un total de 139 saisies totalisant 253 litres.

Amphétamine

La production mondiale d'amphétamine reste concentrée en Europe, où l'on recense la quasi-totalité des laboratoires d'amphétamine signalés en 2010 (ONUDC, 2012). En 2010, les saisies mondiales d'amphétamine ont chuté de 42 % pour se fixer à environ 19 tonnes (voir le tableau 4). En 2010, l'Europe occidentale et centrale a continué à saisir d'importantes quantités d'amphétamine, bien qu'on ait là aussi observé une diminution des saisies, qui sont passées de 8,9 tonnes en 2009 à 5,4 tonnes en 2010. La plus forte diminution des saisies d'amphétamine a été rapportée dans la région du Proche-Orient, du Moyen-Orient et de l'Asie du Sud-Est de l'ONUDC. Une grande partie des quantités d'amphétamine saisies dans cette région se présentait sous la forme de comprimés de Captagon (ONUDC, 2012), dont certains peuvent provenir de l'Union européenne.

Pour l'essentiel, l'amphétamine saisie en Europe est produite, par ordre d'importance, aux Pays-Bas, en Belgique, en Pologne, en Bulgarie, en Turquie et en Estonie. Quelque vingt-huit sites de production, de fabrication de comprimés ou de stockage d'amphétamine ont été découverts dans l'Union européenne en 2010 et signalés à Europol (⁵⁵).

On estime à 36 600 le nombre de saisies d'amphétamine en Europe en 2010, soit 5 tonnes d'amphétamine en poudre et 1,4 million de comprimés (⁵⁶). Si la tendance générale est à la baisse, le nombre de saisies

(⁵⁵) Sur ces vingt-huit sites, dix étaient aussi des sites de production, de fabrication de comprimés ou de stockage d'autres drogues, de la méthamphétamine dans la plupart des cas.

(⁵⁶) Les trois quarts des comprimés d'amphétamine interceptés étaient étiquetés comme étant du Captagon et ont été récupérés en Turquie. Les comprimés vendus sur le marché des drogues illicites comme étant du Captagon contenaient généralement de l'amphétamine mélangée à de la caféine.

d'amphétamine a fluctué ces cinq dernières années. Le nombre de comprimés d'amphétamine saisis en Europe a fortement chuté entre 2005 et 2010 en raison de la baisse des saisies en Turquie. Après des saisies records d'environ 8 tonnes entre 2007 et 2009, les quantités de poudre d'amphétamine interceptées sont redescendues à quelque 5 tonnes en 2010 (⁵⁷).

La pureté des échantillons d'amphétamine interceptés en Europe en 2010 a continué à varier considérablement, oscillant entre moins de 8 % en Bulgarie, en Italie, au Portugal, en Autriche, en Slovénie, en Croatie et en Turquie et autour de 20 % dans des pays qui déclarent une production d'amphétamine (Belgique, Lettonie, Lituanie et Pays-Bas) ou des niveaux de consommation relativement élevés (Finlande, Suède et Norvège), ainsi qu'en République tchèque et en Slovaquie (⁵⁸). Au cours des cinq dernières années, la pureté de l'amphétamine a décrue ou est restée stable dans la majorité des pays pour lesquels les données fournies sont suffisantes pour permettre une analyse des tendances.

En 2010, les prix de vente moyens au détail de l'amphétamine étaient compris entre 10 et 22 euros le gramme dans plus de la moitié des dix-huit pays fournissant des données. Les prix de vente au détail de l'amphétamine ont baissé ou sont restés stables dans quatorze des vingt pays ayant fourni des données pendant la période 2005-2010 (⁵⁹).

Méthamphétamine

En 2010, 45 tonnes de méthamphétamine ont été saisies, soit une forte progression par rapport aux 31 tonnes interceptées en 2009. Pour l'essentiel, cette drogue a été saisie en Amérique du Nord (34 %), où le Mexique, important pays producteur, représentait un niveau exceptionnellement élevé de 13 tonnes saisies en 2010. De grandes quantités de méthamphétamine ont également été saisies en Asie de l'Est et du Sud-Est, une région représentant 32 % du total mondial en 2010, avec 20 tonnes; dans cette région, la Birmanie/le Myanmar a été identifié comme un principal pays producteur (ONUDC, 2012).

La production illicite de méthamphétamine en Europe est concentrée en République tchèque, où 307 sites de production, pour la plupart des «cuisines» de petite taille, ont été recensés en 2010 (contre 342 en 2009). La production de cette drogue est également signalée

en Slovaquie, ainsi qu'en Allemagne, en Lituanie, aux Pays-Bas et en Pologne. L'Allemagne a fait état d'une hausse considérable des quantités de méthamphétamine saisies en 2010 (26,8 kilos contre 7,2 kilos en 2009); la majeure partie a été interceptée en Saxe et en Bavière, des Länder qui jouxtent la République tchèque, d'où la drogue semble provenir.

En 2010, près de 7 300 saisies de méthamphétamine, soit environ 600 kilos de drogue, ont été réalisées en Europe. Tant le nombre de saisies que les quantités de méthamphétamine saisies ont augmenté au cours de la période 2005-2010, avec une hausse marquée entre 2008 et 2009, puis une stabilisation en 2010.

La pureté de la méthamphétamine a fortement varié en 2010 dans les vingt pays déclarant des données, avec des taux de pureté moyens inférieurs à 15 % en Belgique et au Danemark et supérieurs à 60 % en République tchèque, en Slovaquie, au Royaume-Uni et en Turquie. Les prix de vente au détail de la méthamphétamine ont également sensiblement fluctué en 2010 dans les sept pays qui fournissent ces données, allant de 10 à 15 euros le gramme en Bulgarie, en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie à près de 70 euros le gramme en Allemagne et en Slovaquie.

Ecstasy

Le nombre déclaré de laboratoires d'ecstasy démantelés en 2010 est descendu à 44, contre 52 en 2009.

La plupart de ces laboratoires étaient situés en Australie (17), au Canada (13) et en Indonésie (12). La production d'ecstasy semble avoir continué à s'étendre géographiquement, la fabrication se rapprochant des marchés de consommation en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique du Nord et du Sud et en Océanie. Malgré cela, il est probable que l'Europe de l'Ouest demeure un lieu important de production d'ecstasy.

Au niveau mondial, les saisies d'ecstasy se sont élevées à 3,8 tonnes en 2010 (ONUDC, 2012), les États-Unis déclarant 20 % du total des saisies, suivis par l'Europe occidentale et centrale (13 %).

Dans l'ensemble, le nombre de saisies d'ecstasy et les quantités interceptées ont reculé en Europe depuis 2005. Sur la période 2005-2010, la quantité de comprimés d'ecstasy saisie en Europe a chuté selon un facteur de quatre, tandis qu'une augmentation a été rapportée en 2010, essentiellement en raison des saisies opérées

(⁵⁷) Les données sur les saisies de drogue effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans les tableaux SZR-11 à SZR-18 du bulletin statistique 2012.

(⁵⁸) Les données sur la pureté des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-8 du bulletin statistique 2012. Les indices des tendances de l'UE peuvent être consultés dans le graphique PPP-2 du bulletin statistique 2012.

(⁵⁹) Les données sur les prix des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-4 du bulletin statistique 2012.

en France et en Turquie. En 2010, quelque 9 300 saisies d'ecstasy ont été déclarées en Europe, avec comme résultat l'interception de plus de 3,9 millions de comprimés d'ecstasy, dont 1,6 million ont été saisis en France et en Turquie.

La teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy testés en 2010 se situait entre 3 et 104 mg dans les dix-neuf pays fournissant des données. En outre, des comprimés d'ecstasy fortement dosés contenant plus de 130 mg de MDMA ont été signalés par plusieurs pays (Belgique, Bulgarie, Allemagne, Pays-Bas et Croatie). Entre 2005 et 2010, la teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy a baissé dans dix pays et augmenté dans neuf autres.

Ces dernières années, le contenu des comprimés illicites d'ecstasy a changé en Europe. Alors qu'auparavant, la plupart des comprimés analysés contenaient de la MDMA ou une autre substance analogue à l'ecstasy (MDEA, MDA) comme seule substance psychoactive, aujourd'hui, les contenus sont plus variés, et des substances analogues à la MDMA sont moins présentes. Ce changement a été plus marqué en 2009, année où seuls trois pays ont déclaré que les substances de type MDMA ont représenté une forte proportion des comprimés analysés. En 2010, le nombre de pays faisant état d'une prédominance des comprimés contenant des substances de type MDMA a augmenté pour atteindre huit.

Les amphétamines, parfois combinées à des substances analogues à la MDMA, sont relativement courantes dans les comprimés analysés en Pologne, en Slovénie et en Turquie. La plupart des pays déclarants mentionnent que des pipérazines, et en particulier du mCPP, ont été trouvés dans les comprimés d'ecstasy analysés, seuls ou en combinaison avec d'autres substances; ces substances ont été décelées dans plus de 20 % des comprimés analysés en Belgique, au Danemark, en Allemagne, à Chypre, en Hongrie, en Autriche, en Finlande, au Royaume-Uni et en Croatie.

Le prix de l'ecstasy a considérablement diminué par rapport aux années 1990, les prix de vente moyens étant à présent compris entre 4 et 9 euros le comprimé. Sur la période 2005-2010, le prix de vente de l'ecstasy a baissé ou est resté stable dans dix-huit des vingt-trois pays pour lesquels l'analyse était possible.

Hallucinogènes et autres substances

La consommation et le trafic de LSD en Europe sont jugés marginaux. Le nombre de saisies de LSD a augmenté entre 2005 et 2010, tandis que les quantités, après avoir atteint un pic historique de 1,8 million d'unités en 2005, ont

fluctué entre 50 000 et 150 000. Sur la même période, le prix au détail du LSD a diminué ou est resté stable dans la plupart des pays déclarants. En 2010, le prix de vente moyen oscillait entre 6 et 14 euros l'unité dans la majorité des quatorze pays déclarants.

Seuls trois ou quatre pays ont signalé des saisies de champignons hallucinogènes, de kétamine, de GHB et de GBL en 2010, selon les drogues. La mesure dans laquelle les saisies déclarées reflètent la disponibilité limitée de ces substances ou le simple fait qu'elles ne sont pas ciblées de manière systématique par les services répressifs n'est pas claire.

Prévalence et modes de consommation

Dans quelques pays, la consommation d'amphétamines, souvent par injection, représente une part substantielle du nombre global d'usagers à problèmes et des personnes demandant une aide pour sortir de leur dépendance à la drogue. Par contre, les amphétamines et l'ecstasy qui se prennent habituellement par voie orale ou en sniffant sont associées aux boîtes de nuit et aux manifestations de *dance music*. La consommation d'ecstasy ou d'amphétamines combinée à de l'alcool a été observée, les consommateurs fréquents ou intensifs d'alcool déclarant des niveaux d'usage d'amphétamines ou d'ecstasy bien plus élevés que la consommation de la population moyenne (OEDT, 2009b).

Amphétamines

Selon les estimations de la prévalence de drogue, près de 13 millions d'Européens ont essayé des amphétamines et environ 2 millions ont consommé de la drogue au cours des douze derniers mois (voir le tableau 5 pour un résumé des données). Chez les jeunes adultes (15-34 ans), la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie varie fortement d'un pays à l'autre, entre 0,1 et 12,9 %, avec une moyenne européenne pondérée de 5,5 %. La consommation d'amphétamines au cours de la dernière année dans cette tranche d'âge oscille entre 0 et 2,5 %, et la majorité des pays déclarent des taux de prévalence de 0,5 à 2,0 %. On estime qu'environ 1,5 million (1,2 %) de jeunes Européens ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois. Les niveaux de consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois sont plus élevés dans les résultats des enquêtes menées chez les jeunes, cela en raison des lieux de vie nocturne et des discothèques; pour 2010, les études réalisées en République tchèque, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni font état de niveaux s'échelonnant de 8 à 27 %.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie est comprise entre 1 et 7 % dans les vingt-quatre États membres de l'UE, la Croatie et la Norvège, selon les enquêtes ESPAD de 2011, alors que des taux de prévalence supérieurs à 4 % n'ont été enregistrés qu'en Belgique, en Bulgarie et en Hongrie⁽⁶⁰⁾. L'enquête en milieu scolaire réalisée en Espagne fait état d'un taux de 1 % et celle aux États-Unis d'un taux de 9 %.

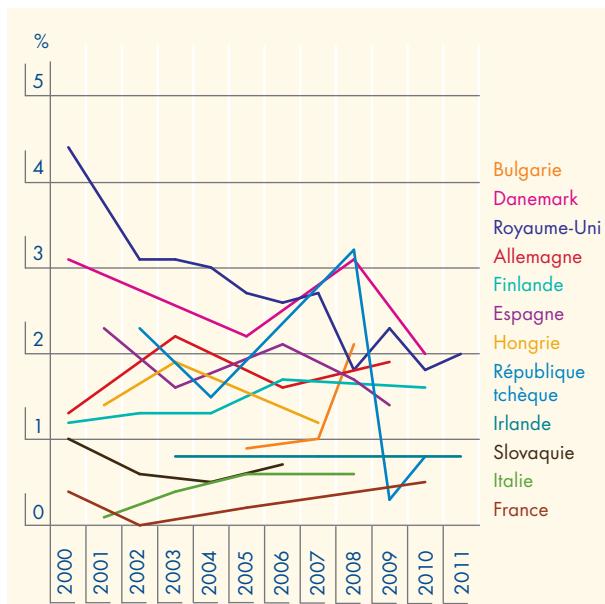
Entre 2005 et 2010, la consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois est restée relativement faible et stable parmi la population générale de la plupart des pays européens, où les taux de prévalence étaient inférieurs à 3 % dans tous les pays déclarants. Pendant cette période, une augmentation n'a été déclarée que par un seul pays, la Bulgarie, qui a observé une hausse d'un point de pourcentage en ce qui concerne la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (voir le graphique 7). Dans l'ensemble, les enquêtes en milieu scolaire ESPAD réalisées en 2011 suggèrent peu de changements dans les niveaux d'expérimentation des amphétamines et de l'ecstasy chez les élèves de 15 et 16 ans.

Usage problématique d'amphétamines

Des estimations récentes de la prévalence de l'usage problématique d'amphétamines sont disponibles pour deux pays⁽⁶¹⁾. En 2010, en République tchèque, on estimait que le nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes était compris entre 27 300 et 29 100 (3,7 à 3,9 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge des 15-64 ans), soit une hausse par rapport aux années précédentes et plus de deux fois le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes. En Slovaquie, le nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes était estimé entre 5 800 et 15 700 en 2007 (1,5 à 4,0 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge des 15-64 ans), soit environ 20 % de moins que le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes.

La méthamphétamine a également fait son apparition sur les marchés de la drogue d'autres pays, en particulier dans le nord de l'Europe (Lettonie, Suède, Norvège et, dans une moindre mesure, Finlande), où elle semble avoir remplacé partiellement l'amphétamine. En 2010, de nouveaux signes d'usage problématique de la méthamphétamine, bien que probablement à un niveau très faible, ont été déclarés par l'Allemagne, la Grèce,

Graphique 7 — Tendances de la prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation d'amphétamines chez les jeunes adultes (15 à 34 ans)



NB: Seules les données des pays comptant au moins trois enquêtes sont présentées. Pour plus amples informations, voir le graphique GPS-8 du bulletin statistique 2012.

Sources: Rapports nationaux Reitox, extraits d'enquêtes de population, rapports ou articles scientifiques.

Chypre, la Hongrie et la Turquie, alors que les saisies de cette substance ont augmenté en Estonie et en Autriche.

Une faible proportion des patients qui commencent un traitement en Europe citent les amphétamines comme drogue primaire: environ 6 % des patients déclarés en 2010 (23 000 patients)⁽⁶²⁾. En outre, des stimulants (autres que la cocaïne) sont mentionnés comme drogue secondaire par près de 20 000 patients entrant en traitement pour une dépendance à d'autres drogues primaires. Les consommateurs primaires d'amphétamines représentant une proportion considérable des admissions en traitement déclarées en Suède (28 %), en Pologne (24 %), en Lettonie (19 %) et en Finlande (17 %), et la méthamphétamine est citée comme drogue primaire par une grande proportion de patients admis en traitement en République tchèque (63 %) et en Slovaquie (35 %). Les patients traités pour leur dépendance à l'amphétamine représentent entre 5 et 15 % des admissions en traitement déclarées dans six autres pays (Belgique, Danemark, Allemagne, Hongrie, Pays-Bas et Norvège); ailleurs, la proportion est inférieure à 5 %. Entre 2005 et 2010,

⁽⁶⁰⁾ Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2012.

⁽⁶¹⁾ L'usage problématique d'amphétamines se définit comme la consommation par injection et de longue durée et/ou régulière de ces substances.

⁽⁶²⁾ Pour l'Allemagne, la Lituanie et la Norvège, il n'est pas possible d'établir une distinction entre les usagers d'amphétamines, de MDMA et d'autres stimulants dans les données déclarées à l'OEDT, car celles-ci mentionnent les usagers de «stimulants autres que la cocaïne». Dans l'ensemble, dans les pays où des données sont déclarées, les usagers d'amphétamines représentent environ 90 % de la catégorie qui comprend tous les «stimulants autres que la cocaïne».

Tableau 5 – Prévalence de la consommation d'amphétamines dans la population générale – Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	13 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,8 %	0,6 %
Plage de données	0,1-11,6 %	0,0-1,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Grèce, Roumanie (0,1 %) Chypre (0,7 %) Portugal (0,9 %) Slovaquie (1,2 %)	Roumanie, Grèce (0,0 %) France, Portugal (0,2 %) République tchèque, Chypre, Slovaquie (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (11,6 %) Danemark (6,2 %) Suède (5,0 %) Irlande (4,5 %)	Estonie, Royaume-Uni (1,1 %) Bulgarie, Lettonie (0,9 %) Suède, Finlande (0,8 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7 millions	1,5 millions
Moyenne européenne	5,5 %	1,2 %
Plage de données	0,1-12,9 %	0,0-2,5 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Chypre (1,2 %) Portugal (1,3 %)	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) Portugal (0,4 %) France (0,5 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (12,9 %) Danemark (10,3 %) Irlande (6,4 %) Lettonie (6,1 %)	Estonie (2,5 %) Bulgarie (2,1 %) Danemark, Royaume-Uni (2,0 %) Allemagne, Lettonie (1,9 %)
NB:	Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 6 % de la population cible pour les estimations de la consommation au cours de la dernière année chez les jeunes adultes, et pas plus de 3 % de la population cible pour les autres estimations). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (338 millions) et 15-34 ans (130 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2004 et 2010-2011 (principalement entre 2008 et 2010) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2012.	

les tendances relatives aux consommateurs primaires d'amphétamines entamant un traitement sont restées stables dans la plupart des pays, à l'exception de la République tchèque et de la Slovaquie: ces deux pays font état d'une augmentation du nombre et de la proportion globale de nouveaux patients entrés en traitement pour une dépendance à la méthamphétamine pendant cette période, ainsi que d'une hausse sensible entre 2009 et 2010 (⁶³).

Les consommateurs d'amphétamines entamant un traitement ont en moyenne 30 ans, et le rapport hommes/femmes est plus faible que pour toute autre drogue illicite. Dans les pays où les consommateurs d'amphétamines représentent les pourcentages les plus élevés d'admissions en traitement, bon nombre de ces consommateurs

déclarent prendre cette drogue par injection. En République tchèque, en Lettonie, en Finlande, en Suède et en Norvège, entre 63 et 80 % des consommateurs primaires d'amphétamines ont déclaré avoir pris cette drogue par injection (⁶⁴). Un taux moins élevé de prise par injection a été déclaré en Slovaquie (34 %), où cette pratique diminue depuis 2005 (⁶⁵).

Ecstasy

Les estimations de la prévalence d'ecstasy suggèrent que près de 11,5 millions d'Européens ont expérimenté l'ecstasy et qu'environ 2 millions ont consommé cette drogue au cours des douze derniers mois (voir le tableau 6 pour un résumé des données). L'usage de cette drogue au cours des douze derniers mois est concentré

(⁶³) Voir les tableaux TDI-5 (partie ii) et TDI-22 du bulletin statistique 2012.

(⁶⁴) Voir les tableaux TDI-5 (partie iv) et TDI-37 du bulletin statistique 2012.

(⁶⁵) Voir les tableaux TDI-2 (partie i), TDI-3 (partie iii), TDI-5 (partie ii) et TDI-36 (partie iv) du bulletin statistique 2012. Voir aussi le tableau TDI-17 des bulletins statistiques 2007 et 2012.

chez les jeunes adultes, les hommes déclarant en général une consommation supérieure à celle des femmes dans tous les pays. La prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie dans la tranche d'âge des 15-34 ans va de moins de 0,6 à 12,4 %, la plupart des estimations nationales étant comprises entre 2,1 et 5,8 %⁽⁶⁶⁾.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie était comprise entre 1 et 4 % dans les pays européens sondés en 2011⁽⁶⁷⁾, le Royaume-Uni étant le seul pays à rapporter un taux de prévalence de 4 %, et ce tant dans l'enquête ESPAD que dans l'enquête nationale anglaise en milieu scolaire. En Espagne, l'enquête nationale menée en milieu scolaire fait état d'un taux de 2 %. Pour comparaison, la consommation d'ecstasy au cours de la vie chez les élèves d'âge similaire aux États-Unis est estimée à 7 %.

Des études ciblées donnent une idée de l'usage «récréatif» de stimulants par les jeunes adultes fréquentant divers lieux de vie nocturne en Europe. Les données relatives à la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours des douze derniers mois parmi les clients des discothèques et autres lieux de vie nocturne en 2010-2011 ne sont disponibles que pour deux pays, la République tchèque (43 %) et les Pays-Bas (Amsterdam, 33 %). La consommation d'ecstasy était plus courante que celle d'amphétamines dans les deux enquêtes. Selon une étude réalisée en 2012 sur l'internet depuis le Royaume-Uni, les clubbers réguliers dans ce pays consommaient de l'ecstasy à un niveau dépassant celui du cannabis (Mixmag, 2012). Dans une enquête réalisée dans des discothèques au Danemark, 40 % des répondants (moyenne d'âge de 21 ans) ont déclaré avoir essayé, au moins une fois dans leur vie, une drogue illicite autre que le cannabis (souvent la cocaïne, l'amphétamine ou l'ecstasy). Les données provenant de sondages sur place ou d'enquêtes sur l'internet doivent cependant être interprétées avec prudence.

Dans cinq des six pays déclarant des niveaux supérieurs à la moyenne de consommation d'ecstasy au cours de la dernière année et pour lesquels il est possible de décrire des tendances, la consommation de cette drogue chez les 15-34 ans a généralement culminé au début des années 2000, avant de retomber (République tchèque, Estonie, Espagne, Slovaquie et Royaume-Uni) (voir le graphique 8). Sur la période 2005-2010, ces pays ont enregistré des tendances stables ou à la diminution

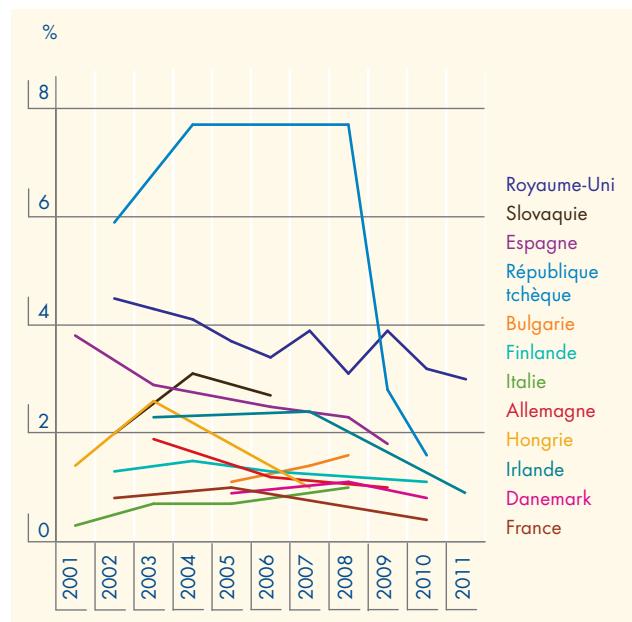
concernant la consommation au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans).

Peu d'usagers de drogue entament un traitement pour une dépendance à l'ecstasy. En 2010, cette substance était mentionnée comme drogue primaire par 1 % ou moins (près de 1 000 patients au total) des patients déclarés en traitement dans tous les pays européens⁽⁶⁸⁾.

Hallucinogènes, GHB et kétamine

Chez les jeunes adultes (15-34 ans), les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD en Europe oscillent entre 0 et 5,4 %. Des niveaux de prévalence sensiblement plus bas sont rapportés pour la consommation au cours de la dernière année⁽⁶⁹⁾. Dans les rares pays fournissant des données comparables, la plupart rapportent des niveaux plus élevés de consommation de champignons hallucinogènes que de LSD, à la fois dans la population générale et chez les élèves. Les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie chez les jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 8,1 %, et la prévalence au cours de la dernière année

Graphique 8 — Tendances de la prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation d'amphétamines chez les jeunes adultes (15 à 34 ans)



NB: Seules les données des pays comptant au moins trois enquêtes sont présentées. Pour de plus amples informations, voir le graphique GPS-21 du bulletin statistique 2012.

Sources: Rapports nationaux Reitox, extraits d'enquêtes de population, rapports ou articles scientifiques.

⁽⁶⁶⁾ Voir le tableau GPS-1 (partie iii) du bulletin statistique 2012.

⁽⁶⁷⁾ Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2012.

⁽⁶⁸⁾ Voir les tableaux TDI-5, TDI-8 et TDI-37 du bulletin statistique 2012.

⁽⁶⁹⁾ Voir le tableau GPS-1 du bulletin statistique 2012.

Tableau 6 – Prévalence de la consommation d'ecstasy dans la population générale – Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	11,5 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,4 %	0,6 %
Plage de données	0,4-8,3 %	0,1-1,6 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Grèce (0,4 %) Roumanie (0,7 %) Norvège (1,0 %) Pologne (1,2 %)	Suède (0,1 %) Grèce, Roumanie, France (0,2 %) Danemark, Pologne, Norvège (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (8,3 %) Irlande (6,9 %) Pays-Bas (6,2 %) Espagne (4,9 %)	Slovaquie (1,6 %) Lettonie (1,5 %) Pays-Bas, Royaume-Uni (1,4 %) Estonie (1,2 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7,5 millions	1,5 millions
Moyenne européenne	5,7 %	1,3 %
Plage de données	0,6-12,4 %	0,2-3,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Grèce (0,6 %) Roumanie (0,9 %) Pologne, Norvège (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Suède (0,2 %) Grèce, Roumanie, France (0,4 %) Norvège (0,6 %) Pologne (0,7 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (12,4 %) Pays-Bas (11,6 %) Irlande (10,9 %) Lettonie (8,5 %)	Pays-Bas (3,1 %) Royaume-Uni (3,0 %) Slovaquie, Lettonie (2,7 %) Estonie (2,3 %)
NB:	Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (338 millions) et 15-34 ans (130 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2004 et 2010-2011 (principalement entre 2008 et 2010) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2012.	

est estimée entre 0 et 2,2 %. Parmi les élèves de 15 et 16 ans, dans la plupart des pays, la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie est estimée entre 1 et 4 %⁽⁷⁰⁾.

Les estimations de la prévalence de la consommation de GHB et de kétamine dans les populations adulte et scolaire sont nettement inférieures à celles de l'ecstasy. Aux Pays-Bas, où le GHB a été inclus dans l'enquête 2009 sur la population générale pour la première fois, 0,4 % de la population adulte (15-64 ans) a déclaré avoir consommé cette drogue au cours de la dernière année, soit une valeur similaire à la prévalence de la consommation d'amphétamine au cours de la dernière année. L'enquête britannique sur la criminalité, l'une des rares enquêtes nationales à suivre la kétamine, a observé une augmentation de la consommation de kétamine au cours de la dernière année chez les personnes de 16 à 24 ans, passant de 0,8 % en 2006-2007 à 2,1 % en 2010-2011.

Des enquêtes ciblées menées dans des lieux de vie nocturne permettent d'avoir une indication des drogues qui y sont disponibles, même si les taux de prévalence sont difficiles à interpréter. Des études récentes menées en République tchèque et aux Pays-Bas ainsi qu'une enquête sur l'internet menée depuis le Royaume-Uni font état de taux de prévalence de la consommation de GHB au cours de la vie estimés entre 4 et 11 %, et d'estimations de 8 à 48 % pour la kétamine, selon l'environnement ou le groupe de répondants. Au Danemark, une enquête menée dans une discothèque a indiqué que 10 % des répondants avaient consommé de la kétamine, du GHB, des champignons hallucinogènes ou du LSD. Les résultats d'une étude menée en 2011 dans des discothèques gay friendly du sud de Londres indiquent des niveaux élevés de consommation de ces substances parmi des sous-groupes de la population, 24 % des répondants considérant le GHB comme leur drogue préférée et exprimant l'intention d'en consommer dans la nuit même de l'enquête, et plus

⁽⁷⁰⁾ Données de l'ESPAD pour tous les pays, à l'exception de l'Espagne. Voir le graphique EYE-3 (partie v) du bulletin statistique 2011.

de 10 % donnant une réponse similaire pour la kétamine (Wood e.a., 2012b). Parmi les répondants britanniques à une enquête sur l'internet qui avaient été identifiés comme des *clubbers* réguliers, 40 % ont déclaré une consommation de kétamine au cours de la dernière année et 2 % une consommation de GHB au cours de la dernière année (Mixmag, 2012).

Conséquences de la consommation d'amphétamines sur la santé

Une grande partie des études portant sur les effets de la consommation d'amphétamines sur la santé ont été menées dans des pays où l'inhalation de «crystal met», qui est pratiquement inexiste en Europe, représente une part importante du phénomène de la drogue. Bien qu'un grand nombre des effets sur la santé documentés dans ces études aient également été déclarés par des consommateurs d'amphétamines en Europe, il n'est pas certain que les conclusions de ces études puissent s'appliquer directement à la situation en Europe.

L'usage d'amphétamines illicites a été associé à divers effets néfastes aigus, notamment de l'agitation, des maux de tête, des tremblements, des nausées, des crampes abdominales, des sueurs, des vertiges et une perte d'appétit (OEDT, 2010c). Les usagers ayant des problèmes mentaux sous-jacents courent un risque élevé de souffrir d'effets néfastes psychologiques et psychiatriques aigus, qui peuvent aller de la morosité à la psychose paranoïde aiguë en passant par de l'anxiété, de l'agressivité et de la dépression. Au fur et à mesure que les effets stimulants s'estompent, les usagers peuvent ressentir des somnolences, ainsi que des troubles du jugement et de l'apprentissage.

Les effets néfastes chroniques associés à la consommation d'amphétamines comprennent des complications cardiovasculaires dues au risque cumulé d'affections cardiaques, de coronaropathie et d'hypertension pulmonaire. En cas de pathologie cardiovasculaire préexistante, l'usage d'amphétamines peut déclencher des accidents graves et potentiellement mortels (ischémie du myocarde et infarctus). De plus, la consommation de longue durée a été associée à des atteintes du cerveau et du système nerveux, un état de psychose et divers troubles de la personnalité et de l'humeur.

Des données probantes démontrent la présence d'un syndrome de dépendance aux amphétamines après une consommation intensive régulière. Les symptômes de manque qui y sont associés peuvent inclure une sensation

de besoin et de la dépression accompagnée d'une tendance suicidaire accrue (Jones e.a., 2011).

La consommation d'amphétamines par injection augmente le risque de maladies infectieuses (VIH et hépatites), et les taux élevés de comportement sexuel à risque rendent les consommateurs d'amphétamines plus vulnérables aux infections transmises sexuellement. En outre, le manque de nourriture et de sommeil peut avoir des effets négatifs sur la santé. L'usage d'amphétamines pendant la grossesse est associé à un déficit pondéral à la naissance, à la prématurité et à une morbidité fœtale accrue.

Prévention dans les espaces récréatifs

En dépit des niveaux élevés de la consommation de drogue observés dans certains lieux récréatifs, onze pays seulement font rapport sur des stratégies de prévention et de réduction des risques dans ces espaces. Ces stratégies ont tendance à privilégier soit le niveau individuel, soit le niveau environnemental. Les projets à orientation individuelle comprennent des interventions d'éducation par des pairs et des interventions d'équipes mobiles — comme en Belgique, en République tchèque et au Royaume-Uni —, qui offrent des conseils et des informations sur les drogues, dispensent des traitements médicaux et distribuent du matériel de réduction des risques. D'autres approches à orientation individuelle déclarées reposent sur des interventions lors de festivals musicaux ou de grands événements récréatifs ciblés sur les jeunes présentant un risque élevé de rencontrer des problèmes. Ces interventions consistent, par exemple, à effectuer des analyses rapides pour détecter les problèmes de drogue, à prodiguer des premiers secours et à atténuer les «bad trips».

Une série d'approches réglementaires qui visent les lieux de vie nocturne se focalisent souvent sur l'octroi des licences aux débits de boissons et sur la promotion d'une attitude responsable chez les personnes servant de l'alcool. Ces interventions visent à améliorer la sécurité du personnel et des clients des lieux de vie nocturne en mettant en place une coopération formelle entre les principaux acteurs des environnements festifs (autorités locales, police et propriétaires des établissements).

Les approches environnementales peuvent inclure des initiatives de gestion des foules, un accès à de l'eau gratuite et un transport sûr pour la fin de nuit. En Slovénie, le projet «After taxi» subventionne un transport en taxi pour les jeunes entre 16 et 30 ans. L'analyse de cette pratique suggère qu'elle pourrait aider à réduire le nombre d'accidents sans pour autant diminuer les

problèmes liés à l'alcool ou à la drogue (Calafat e.a., 2009). Autre exemple d'approche de prévention environnementale en milieu récréatif: les labels de qualité pour des soirées sûres que promeut le projet européen «Party+» en Belgique, au Danemark, en Espagne, aux Pays-Bas, en Slovénie et en Suède. Des données probantes suggèrent que l'efficacité des mesures réglementaires pour la prévention des comportements à risque dans les lieux de vie nocturne dépend des facteurs de mise en œuvre de ces mesures. Il importe également que les interventions de prévention de la drogue dans les bars et discothèques impliquent le personnel, qui peut aussi consommer des drogues et de l'alcool et montrer une certaine attitude à l'égard de ces substances.

Récemment lancée, l'initiative «Healthy Nightlife Toolbox» comprend trois bases de données (interventions évaluées, analyses de la littérature et coordonnées des experts travaillant dans ce domaine) et un manuel qui offre des orientations pour l'instauration d'une vie nocturne saine et sûre. Cette initiative met en lumière le fait que les mesures de prévention dans les espaces récréatifs devraient porter sur la consommation à la fois d'alcool et de drogues illicites, qui provoquent des problèmes similaires et sont souvent consommés en combinaison. L'initiative souligne aussi le fait que les interventions de prévention dans les espaces récréatifs peuvent avoir des effets bénéfiques sur divers comportements problématiques et maux, allant de problèmes de santé aigus liés à la consommation de drogue et d'alcool jusqu'à des comportements violents, en passant par la conduite sous influence et les rapports sexuels sans protection ou les contacts sexuels non désirés.

Traitements

Usage problématique d'amphétamines

Les options de traitement disponibles pour les usagers d'amphétamines en Europe diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Dans les pays d'Europe septentrionale et centrale ayant une longue expérience du traitement de l'usage d'amphétamines, certains programmes sont adaptés aux besoins des consommateurs d'amphétamines. Dans les pays d'Europe centrale et orientale où l'émergence d'un usage problématique important d'amphétamines est plus récente, les programmes de traitement sont principalement axés sur les opiomanes à problèmes, mais ils répondent de plus en plus aux besoins des usagers d'amphétamines. Dans les pays de l'ouest et du sud de l'Europe, qui notent un faible niveau de consommation problématique d'amphétamines,

l'absence de services spécialisés peut être un obstacle à l'accès au traitement des usagers d'amphétamines (OEDT, 2010c).

En 2011, douze pays ont mentionné l'existence de programmes de traitement spécialisés pour les usagers d'amphétamines qui recherchent activement un traitement, soit une hausse par rapport aux huit pays qui avaient fait une telle déclaration en 2008. Les experts nationaux d'Allemagne, de Lituanie, de République tchèque, du Royaume-Uni et de Slovaquie ont estimé que des programmes étaient disponibles pour la majorité des usagers d'amphétamines ayant besoin d'un traitement; dans les sept autres pays, ces programmes n'étaient disponibles que pour une minorité des usagers. La Bulgarie et la Hongrie ont annoncé la mise en œuvre prévue au cours des trois prochaines années de programmes de traitement spécifiques pour les usagers d'amphétamines.

Les interventions psychosociales dispensées dans des services ambulatoires constituent les premières options de traitement des usagers d'amphétamines. Ces interventions comprennent une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale, l'apprentissage de la maîtrise de soi et des conseils comportementaux. Les approches psychologiques les plus fréquemment étudiées concernant la dépendance à la méthamphétamine et aux amphétamines sont la thérapie cognitive et comportementale et la gestion des contingences, parfois en combinaison (Lee et Rawson, 2008). Ces deux approches semblent être associées à des résultats positifs. Les usagers plus problématiques, par exemple ceux dont la dépendance aux amphétamines est compliquée par des troubles psychiatriques concomitants, peuvent recevoir un traitement dans des services antidrogue en hébergement, dans des cliniques psychiatriques ou en milieu hospitalier. En Europe, des médicaments (antidépresseurs, sédatifs ou antipsychotiques) sont administrés pour traiter les premiers symptômes de sevrage au début d'une désintoxication, qui se déroule généralement dans des services psychiatriques spécialisés dans le cadre d'une hospitalisation.

Un traitement plus long à base d'antipsychotiques est parfois prescrit dans le cas de psychopathologies longues dues à une consommation chronique d'amphétamines. Des professionnels européens rapportent que les symptômes psychologiques tels que l'automutilation, la violence, l'agitation et la dépression, dont souffrent souvent les usagers d'amphétamines à problèmes, peuvent nécessiter une évaluation complète de la santé mentale, un traitement et un suivi minutieux. De tels cas sont souvent traités en liaison étroite avec des services de santé mentale.

Études sur le traitement de la dépendance aux amphétamines

Les niveaux de rémission spontanée d'une dépendance aux amphétamines, sans intervention de traitement, étaient plus élevés chez les usagers d'amphétamines — rémission pour près d'une personne sur deux au cours d'une année donnée — que chez les consommateurs d'autres substances entraînant une dépendance (Calabria e.a., 2010).

Plusieurs drogues ont été étudiées pour le traitement de la dépendance à l'amphétamine et à la méthamphétamine mais des données réellement probantes restent à fournir concernant toute thérapie pharmacologique (Karila e.a., 2010). Même si une certaine réduction de l'usage d'amphétamine et de méthamphétamine a été rapportée pour les thérapies à base de Modafinil, de Bupropion ou de naltrexone, des recherches plus approfondies doivent être menées pour clarifier le rôle possible de ces substances dans le traitement des patients dépendants aux amphétamines.

La dexamphétamine et le méthylphénidate ont montré du potentiel comme thérapies de substitution pour la dépendance à l'amphétamine ou à la méthamphétamine. Une étude pilote a suggéré que la dexamphétamine pouvait accroître l'engagement envers le traitement chez les patients souffrant d'une dépendance à l'amphétamine (Shearer e.a., 2001); par ailleurs, l'administration de méthylphénidate à libération prolongée a eu pour effet d'accroître le maintien en traitement et de réduire le niveau de dépendance à la méthamphétamine chez les patients ayant participé à un essai récent (Longo e.a., 2010). Une étude randomisée a montré que le méthylphénidate pouvait efficacement réduire la

consommation par injection chez les patients souffrant d'une dépendance sévère à l'amphétamine (Tiihonen e.a., 2007).

Dépendance au gamma-hydroxybutyrate et traitement

La dépendance au gamma-hydroxybutyrate (GHB) est un état clinique reconnu, pouvant provoquer un syndrome de manque sévère lorsque la consommation est brutalement interrompue après un usage régulier ou chronique. Il est démontré que la dépendance physique peut survenir chez des usagers récréatifs, et des cas de symptômes de manque ont été documentés lors de la cessation de la prise de GHB et de ses précurseurs. Une dépendance au GHB a également été signalée chez d'anciens alcooliques (Richter e.a., 2009).

Jusqu'à présent, les études se sont exclusivement intéressées à la description du syndrome de manque associé au GHB et aux complications connexes, qui peuvent être difficiles à reconnaître en cas d'urgence (van Noorden e.a., 2009). Ces symptômes peuvent inclure des tremblements, de l'anxiété, de l'insomnie et de l'agitation. Les patients en manque peuvent également développer une psychose et un délire. Un sevrage doux peut être géré dans des structures ambulatoires; à défaut, une surveillance en milieu hospitalier est recommandée. Pour l'instant, aucun protocole standard n'a été mis au point pour le traitement du syndrome de manque lié au GHB.

Les benzodiazépines et les barbituriques sont les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter le syndrome de manque lié au GHB. Aux Pays-Bas, une étude en cours examine la possibilité de proposer aux patients dépendants au GHB une désintoxication contrôlée avec usage de doses ajustées de GHB pharmaceutique.