

Chapitre 6

Consommation d'opiacés et injection de drogue

Introduction

La consommation d'héroïne, en particulier par injection de la drogue, est étroitement associée à des problèmes sociaux et de santé publique depuis les années 1970. Aujourd'hui, cette drogue représente encore la part la plus importante de morbidité et de mortalité liées à la consommation de drogue dans l'Union européenne. Après deux décennies qui ont connu une augmentation de ce problème, essentiellement en ce qui concerne l'héroïne, l'Europe a observé une baisse de la consommation d'héroïne et des problèmes connexes vers la fin des années 1990 et le début des années 2000. Depuis les dix dernières années, pourtant, la tendance se brouille. Le tableau manque de précision mais on observe de plus en plus que, dans certaines parties de l'Europe, les nouveaux recrutements pour l'usage d'héroïne ont chuté, la disponibilité de cette drogue a diminué et, récemment, certains pays ont rapporté de fortes pénuries. Ajoutons à cela les rapports faisant état de la tendance à remplacer l'héroïne par d'autres drogues, notamment des opiacés de synthèse, comme le fentanyl, mais aussi par l'injection de drogues stimulantes, telles que l'amphétamine, la méthamphétamine et les cathinones de synthèse. Tout accroissement des niveaux d'injection de drogues stimulantes va de pair avec des inquiétudes concernant une augmentation des risques pour la santé.

Offre et disponibilité

Historiquement, deux formes d'héroïne importée sont proposées sur le marché européen: l'héroïne brune (sa forme chimique de base), qui est la plus courante et provient essentiellement d'Afghanistan, et l'héroïne blanche (une forme de sel), qui est plus rare et vient généralement d'Asie du Sud-Est. Bien que l'héroïne blanche soit devenue rare, certains pays ont récemment fait état de produits d'héroïne cristalline blanche provenant probablement d'Asie du Sud-Ouest. Quelques drogues opiacées, en quantités limitées, sont également produites en Europe. Il s'agit pour l'essentiel de produits de fabrication «maison» à base de pavot (par exemple de la paille de pavot, du concentré de pavot à partir de

tiges ou de têtes de pavot broyées) dont il est fait état en Estonie, en Lituanie et en Pologne.

Production et trafic

En plus de représenter la principale source de fourniture d'héroïne en Europe, l'Afghanistan reste le premier pays producteur au monde. Les autres pays producteurs comprennent le Myanmar/la Birmanie, qui approvisionne principalement les marchés de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, le Pakistan et le Laos, suivis par le Mexique et la Colombie, qui sont considérés comme les principaux

Tableau 9 – Production, saisies, prix et pureté de l'héroïne

Production et saisies	Héroïne
Estimation de la production mondiale (en tonnes)	467
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	81
Quantité saisie (en tonnes) UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	6 (19)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	50 000 (55 000)
Prix et pureté en Europe (¹)	Héroïne base («brune»)
Prix de vente moyen au détail (en euros par gramme) Intervalle (Intervalle interquartile) (²)	23-160 (24,6-73,6)
Pureté moyenne (%) Intervalle (Intervalle interquartile) (²)	13-57 (17,7-28,0)

(¹) Étant donné le nombre limité de pays fournissant les prix de vente au détail et la pureté du chlorhydrate d'héroïne («héroïne blanche»), ces données ne sont pas présentées dans le tableau. Elles peuvent être consultées dans les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2012.

(²) Intervalle contenant la moitié médiane des données déclarées.

NB: Les données se rapportent à 2010, à l'exception de l'estimation de la production mondiale (2011).

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

fournisseurs des États-Unis (ONUDC, 2012). Selon les estimations, la production potentielle mondiale d'opium est passée de 4 700 tonnes en 2010 à 7 000 tonnes en 2011, atteignant des niveaux comparables à ceux des années précédentes. Cette augmentation est due, en grande partie, à une reprise de la production potentielle d'opium en Afghanistan, qui est passée de 3 600 tonnes en 2010 à 5 800 tonnes en 2011 (ONUDC, 2012).

L'estimation la plus récente de la production potentielle mondiale d'héroïne est de 467 tonnes (voir le tableau 9), contre 384 tonnes estimées en 2010 (ONUDC, 2012).

L'héroïne pénètre en Europe par deux axes principaux, bien que l'on constate une diversité croissante concernant les méthodes et itinéraires utilisés pour acheminer cette drogue. La traditionnelle route des Balkans amène en Europe l'héroïne produite en Afghanistan en passant par le Pakistan, l'Iran et la Turquie et emprunte ensuite divers pays de transit ou de destination, principalement situés en Europe de l'Ouest et du Sud. L'héroïne pénètre également en Europe par la «route de la soie», qui traverse l'Asie centrale en direction de la Russie. Une partie de cette héroïne traverse ensuite la Biélorussie, la Pologne et l'Ukraine vers d'autres destinations telles que les pays scandinaves. L'Afrique, qui semble gagner en importance, est devenue la principale région de transit pour l'acheminement aérien de l'héroïne vers l'Europe (OICS, 2012b). Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique jouent un rôle de centres de distribution secondaires.

Saisies

À l'échelle mondiale, les saisies déclarées d'opium ont reculé, passant de 653 tonnes en 2009 à 492 tonnes en 2010. L'Iran représente à lui seul environ 80 % du total et l'Afghanistan près de 12 %. En 2010, les saisies mondiales déclarées d'héroïne (81 tonnes) et de morphine (19 tonnes) ont augmenté de 5 tonnes dans les deux cas (ONUDC, 2012).

En Europe, les quelque 55 000 saisies d'héroïne se sont soldées par l'interception de 19 tonnes en 2010, dont les deux tiers (12,7 tonnes) ont été déclarés par la Turquie. Le Royaume-Uni (suivi par l'Espagne) reste le champion du nombre de saisies opérées⁽⁸⁹⁾. Les données de vingt-huit pays déclarants portant sur les années 2005 à 2010 indiquent une augmentation généralisée du nombre de saisies, bien qu'une légère diminution ait été enregistrée en 2010. Entre 2005 et 2010, les quantités saisies dans l'Union européenne ont fluctué, avec une diminution sensible rapportée en 2010, surtout en raison de la baisse des quantités interceptées en Bulgarie et au

Royaume-Uni. La Turquie a également rendu compte d'un recul substantiel des quantités récupérées en 2010, une évolution qui doit être considérée dans le contexte des mesures d'interdiction précédentes, lesquelles s'avèrent avoir perturbé le marché de l'héroïne dans certaines parties de l'Europe.

Les saisies totales d'anhydride acétique utilisé dans la fabrication d'héroïne ont augmenté d'environ 21 000 litres en 2009 pour atteindre 59 700 litres en 2010. Les chiffres pour l'Union européenne ont largement varié ces dernières années, passant d'un pic d'environ 151 000 litres en 2008 à 912 litres en 2009; une seule saisie de quelque 21 100 litres en Bulgarie a représenté la quasi-totalité des 21 200 litres saisis en 2010 (OICS, 2012a).

Au cours de la dernière décennie, l'Estonie a rapporté que l'héroïne était largement remplacée par le fentanyl sur le marché illicite. Plus récemment, la Slovaquie a fait état d'un phénomène similaire, bien que le nombre de saisies et les quantités saisies restent faibles. En 2010, la Slovaquie a déclaré dix-sept saisies de fentanyl; en Estonie, un demi-kilo de cet opiacé de synthèse a été saisi.

Pureté et prix

En 2010, la pureté moyenne de l'héroïne brune était comprise entre 17 et 28 % dans la plupart des pays déclarants, bien que des valeurs inférieures aient été signalées en France (13 %) et en Autriche (uniquement pour le détail, 13 %) et des valeurs supérieures à Malte (30 %), en Espagne (32 %) et en Turquie (57 %).

Entre 2005 et 2010, la pureté de l'héroïne brune a augmenté dans quatre pays, est restée stable dans quatre autres pays et a baissé dans deux. La pureté moyenne de l'héroïne blanche était généralement plus élevée (25 à 50 %) dans les cinq pays européens ayant communiqué des données à ce sujet⁽⁹⁰⁾.

Le prix de vente au détail de l'héroïne brune s'est maintenu à un niveau plus élevé dans les pays nordiques que dans le reste de l'Europe, la Suède faisant état d'un prix moyen de 160 euros le gramme (en raison d'une forte augmentation en 2010) et le Danemark de 83 euros en 2010. Dans l'ensemble, le prix de vente au détail de l'héroïne brune était compris entre 24 et 74 euros le gramme dans la moitié des pays déclarants. Au cours de la période 2005-2010, le prix de vente au détail de l'héroïne brune a baissé dans dix des quatorze pays européens ayant fourni des données sur l'évolution dans le temps. Le prix moyen de l'héroïne blanche était généralement plus élevé (61 à 251 euros) dans les trois pays européens ayant communiqué des données à ce sujet.

⁽⁸⁹⁾ Voir les tableaux SZR-7 et SZR-8 du bulletin statistique 2012.

⁽⁹⁰⁾ Voir les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2012 pour les données relatives à la pureté et au prix.

Usage problématique de drogue

L’OEDT définit l’usage problématique de drogue comme l’usage de drogue par injection ou la consommation régulière ou sur une longue période d’opiacés, de cocaïne ou d’amphétamines. L’usage de drogue par injection et la consommation d’opiacés représentent l’essentiel de l’usage problématique de drogue en Europe, bien que, dans certains pays, les consommateurs d’amphétamines ou de cocaïne constituent une proportion importante de ce phénomène. Les usagers de drogue à problèmes sont, pour la plupart, des polyconsommateurs, et les chiffres de prévalence sont nettement plus élevés dans les zones urbaines et au sein des groupes marginalisés. Du fait de la prévalence relativement faible et du caractère caché de l’usage problématique de drogue, il convient de procéder à des extrapolations statistiques pour estimer la prévalence à partir des sources disponibles (essentiellement les données sur les traitements et les données des autorités répressives).

Usage problématique d’opiacés

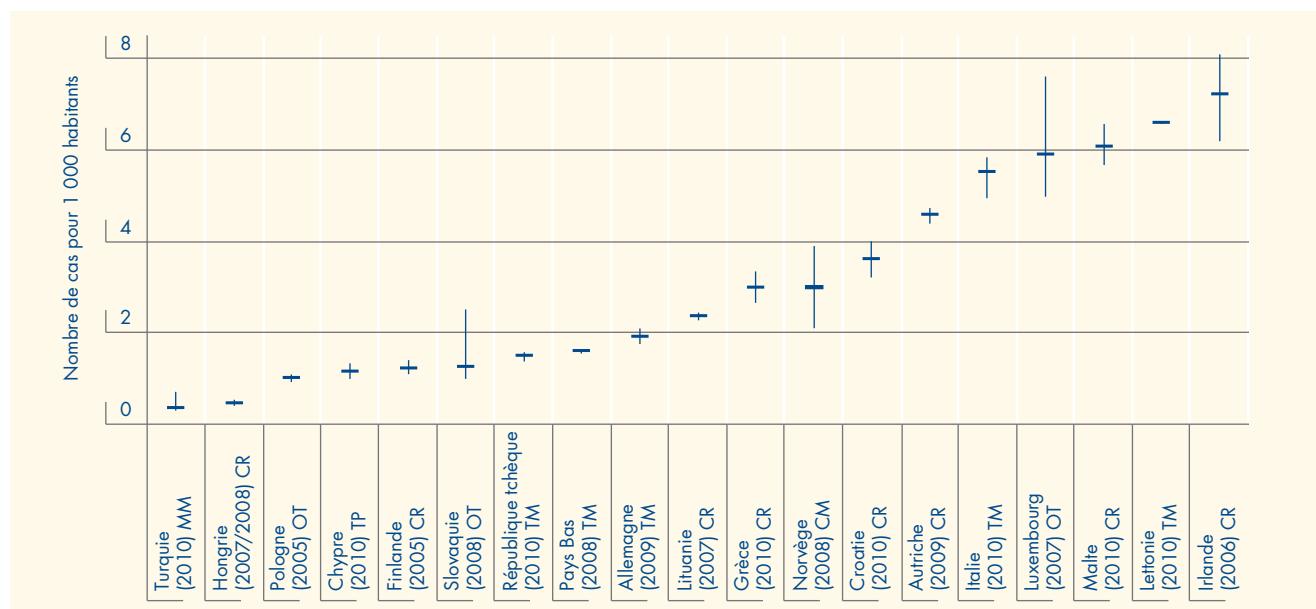
La plupart des pays européens sont désormais en mesure de fournir des estimations de la prévalence de l’usage problématique d’opiacés. Les estimations nationales

récentes varient entre 1 et 7 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (voir le graphique 11). Les estimations les plus élevées sur l’usage problématique d’opiacés sont fournies par l’Irlande, la Lettonie, le Luxembourg et Malte, tandis que les plus faibles proviennent de Chypre, de Hongrie, de Pologne et de Finlande. La Turquie fait état de chiffres inférieurs à 1 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans.

La prévalence moyenne de l’usage problématique d’opiacés dans l’Union européenne et en Norvège, calculée sur la base des études nationales, est estimée à 4,2 (entre 3,9 et 4,4) cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. Cela représente environ 1,4 million d’usagers d’opiacés à problèmes dans l’Union européenne et en Norvège en 2010 (¹).

À titre de comparaison, les estimations relatives aux pays voisins de l’Europe sont élevées, la Russie se situant à 16,4 usagers d’opiacés à problèmes pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (ONUDC, 2011b), et l’Ukraine comptant entre 10 et 13 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (ONUDC, 2010). Tant l’Australie que les États-Unis font état d’estimations plus élevées concernant l’usage problématique d’opiacés, à savoir 6,3 et 5,8 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans, tandis que

Graphique 11 — Estimations de la prévalence annuelle de l’usage problématique d’opiacés (chez les 15-64 ans)



NB: Un trait horizontal indique une estimation de pourcentage; un trait vertical indique un intervalle d’incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95 %, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d’estimation et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d’âges non standards ont été utilisées dans les études émanant de Pologne (12-64 ans) et de Finlande (15-54 ans). Ces deux estimations ont été ajustées à la population âgée de 15 à 64 ans. Les méthodes d’estimation sont abrégées comme suit: CR = capture-recapture; MT = multiplicateur de traitement; MM = multiplicateur de mortalité; MC = méthodes combinées; PT = poisson fronqué; AM = autres méthodes. Voir le graphique PDU-1 (partie ii) et le tableau PDU-102 du bulletin statistique 2012 pour de plus amples informations.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

(¹) Les estimations déclarées par dix-huit pays donnent une valeur moyenne de 3,1 (entre 3,0 et 3,2) cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. L’incorporation d’estimations pondérées de l’usage problématique de drogue provenant de huit autres pays a pour effet de porter cette valeur moyenne à 4,2 (entre 3,9 et 4,4), opération qui a été appliquée à la population de l’Union européenne et de la Norvège en 2010.

le Canada déclare 3,0 cas. Les comparaisons entre les pays doivent être réalisées avec prudence, dans la mesure où les définitions de la population cible peuvent varier. Ainsi, si l'on ajoute l'usage non médical d'opiacés sur ordonnance, le chiffre de prévalence atteint de 39 à 44 cas pour 1 000 Nord-Américains âgés de 15 à 64 ans (ONUDC, 2011b).

Consommateurs d'opiacés en traitement

Les opiacés, et surtout l'héroïne, ont été cités comme drogue primaire par plus de 200 000 personnes déclarées comme entamant un traitement spécialisé pour dépendance dans vingt-neuf pays européens en 2010, soit 48 % du total des personnes déclarées comme admises en traitement. En Europe, il existe toutefois des différences considérables, les consommateurs d'opiacés représentant plus de 70 % des personnes admises en traitement dans sept pays, entre 40 et 70 % dans douze pays et moins de 40 % dans dix pays (voir le graphique 12). Près de 80 % du total des usagers d'opiacés admis en traitement en Europe sont déclarés par cinq pays seulement: l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni (92).

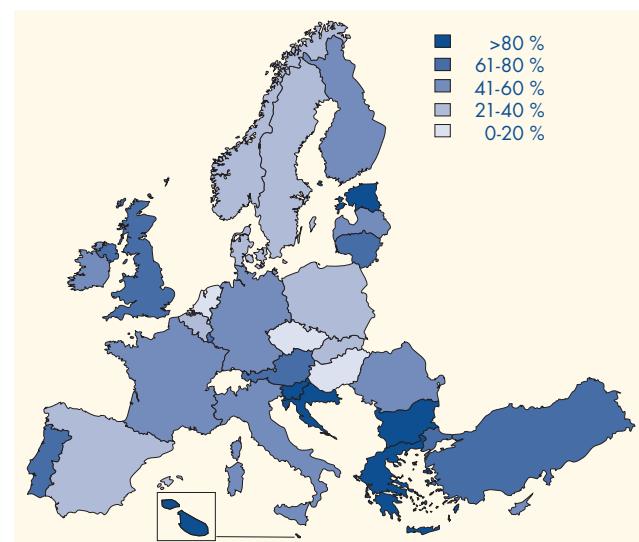
Les opiacés autres que l'héroïne sont cités comme drogue primaire par une forte proportion de personnes admises en traitement dans plusieurs pays: le fentanyl en Estonie, la buprénorphine en Finlande et d'autres opiacés au Danemark, en Lettonie et en Autriche (93).

Les consommateurs d'opiacés entrant en traitement spécialisé sont en moyenne âgés de 33 ans, les patientes étant plus jeunes dans la plupart des pays (94). Dans toute l'Europe, les patients masculins dépendants aux opiacés sont plus nombreux que les patientes, le ratio étant d'environ trois hommes pour une femme. La grande majorité des patients dépendants aux opiacés déclarent avoir commencé à prendre de la drogue avant l'âge de 30 ans, et près de la moitié (46 %) du total des patients dépendants aux opiacés en a consommé avant l'âge de 20 ans (95). De manière générale, un nombre plus élevé de consommateurs d'opiacés sont sans abri, au chômage et ont un niveau d'étude bas par rapport aux usagers primaires d'autres drogues; ils sont habituellement concentrés dans des zones urbaines.

Tendances de l'usage problématique d'opiacés

Au cours de la période 2005-2010, les données de neuf pays ayant procédé à des estimations répétées de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés suggèrent une situation relativement stable. Toutefois, les mesures

Graphique 12 – Usagers primaires d'opiacés en pourcentage de tous les patients admis en traitement pour dépendance à la drogue en 2010



NB: Données exprimées en pourcentage des patients dont la drogue primaire est connue (92 % des patients déclarés). Données de 2010 ou de la dernière année disponible. Les données de la Lituanie concernent des patients admis en traitement pour la première fois. Les usagers primaires d'opiacés peuvent être sous-signalés dans certains pays comme la Belgique, la République tchèque, l'Allemagne et la France, étant donné qu'un grand nombre d'entre eux sont traités par des médecins généralistes ou des services psychiatriques et peuvent ne pas être rapportés à l'indicateur des demandes de traitement.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

de la prévalence n'étant pas nécessairement sensibles aux tendances en matière d'initiation à la consommation de drogue, elles doivent être placées dans le contexte fourni par d'autres sources de données. Sur la période 2005-2010, le nombre de patients entamant pour la première fois un traitement spécialisé pour consommation primaire d'héroïne dans vingt-quatre pays européens est passé de 51 000 en 2005 à un pic de 61 000 en 2007, avant de redescendre à 46 000 en 2010 (%). Ce recul est plus apparent dans les pays d'Europe occidentale.

Le délai entre la première prise d'héroïne et l'entrée en traitement peut être considérable. Pour cette raison, le nombre de consommateurs d'héroïne admis en traitement pour la première fois reflète à la fois la tendance historique en matière d'initiation à l'usage d'héroïne (incidence) et le tableau actuel de la situation. Cette interprétation doit être considérée avec prudence, car elle peut être influencée par des changements dans les pratiques de déclaration, et, en outre, les chiffres européens traduisent de façon disproportionnée les tendances dans les plus grands pays. Néanmoins, en dépit de variations considérables entre

⁽⁹²⁾ Voir les tableaux TDI-5 et TDI-22 du bulletin statistique 2012.

⁽⁹³⁾ Voir le tableau TDI-113 du bulletin statistique 2012.

⁽⁹⁴⁾ Voir les tableaux TDI-10, TDI-21, TDI-32 et TDI-103 du bulletin statistique 2012.

⁽⁹⁵⁾ Voir les tableaux TDI-33, TDI-106 (partie i) et TDI-107 (partie i) du bulletin statistique 2012.

⁽⁹⁶⁾ Voir les graphiques TDI-1 et TDI-3 du bulletin statistique 2012.

() 2011 by gutenberg.org. This eBook is distributed under the terms of the Project Gutenberg License.

les pays, les données probantes suggèrent que, dans l'ensemble, les nouvelles consommations d'héroïne en Europe sont en recul.

Cette analyse peut aussi être vue en parallèle avec les tendances notées par d'autres indicateurs, notamment la consommation de drogue par voie intraveineuse (voir plus bas), les décès dus à la drogue et les infractions en rapport avec la drogue, même si l'on peut dire que ces sources de données sont de meilleurs indicateurs de prévalence que l'incidence. Ces dernières années, une diminution du nombre des infractions en rapport avec l'héroïne a été observée en Europe. Les données relatives aux décès dus à la drogue sont plus équivoques. Des augmentations ou une situation stable ont été enregistrées par les pays jusqu'en 2008; en 2009, une situation globalement stable était évidente et les données provisoires pour 2010 suggèrent une diminution plus récente (97).

En outre, les indicateurs du marché des opiacés apportent des informations complémentaires à ce sujet. De fortes pénuries d'héroïne déclarées par une série de pays à la fin de 2010 et au début de 2011 (OEDT, 2011a) et le récent recul des saisies d'héroïne suggèrent des changements dans la disponibilité de l'héroïne en Europe qui pourraient aussi être associés à une évolution des modes de consommation de cette drogue. Les pays rapportent en effet un accroissement de la consommation de cathinones par injection (Hongrie), l'utilisation de mélanges contenant de la caféine et de la créatine (Roumanie), un usage accru de benzodiazépines et d'autres médicaments (Irlande, Slovénie et Royaume-Uni) et l'augmentation de la consommation d'amphétamines par injection (Lettonie et Hongrie), et font état avec inquiétude de l'usage de fentanyl, un opiacé de synthèse (par exemple en Estonie et en Slovaquie).

Prises ensemble, ces informations donnent à penser que l'Europe voit reculer progressivement les nouvelles consommations d'héroïne, cela dans un contexte de meilleures disponibilité et couverture du traitement. Dans son ensemble, la population consommatrice d'héroïne semble caractérisée par le vieillissement et un niveau relativement élevé de contact avec les services spécialisés. Bien que ce phénomène soit le plus évident dans les États membres de l'UE d'avant 2004, des données récentes suggèrent qu'il se déroulerait aussi dans un grand nombre d'États membres plus récents.

Consommation de drogue par voie intraveineuse

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

à leur consommation de drogue, tels que les infections transmises par le sang (comme le VIH/SIDA ou l'hépatite), ou à des décès par surdose. Dans la plupart des pays européens, l'injection est couramment associée à la consommation d'opiacés, bien que, dans quelques pays, elle aille de pair avec la consommation d'amphétamines.

Seuls quatorze pays ont été en mesure de fournir des estimations récentes sur la prévalence de la consommation de drogue par injection (98). Les données disponibles suggèrent des écarts considérables entre les pays, les estimations oscillant entre moins de 1 à 5 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans. Dans les treize pays qui ont déclaré une estimation des actuels usagers de drogue par injection, on dénombrait en moyenne 2,4 usagers de ce type pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans. Outre les consommateurs actifs de drogue par voie intraveineuse, le nombre d'anciens consommateurs de ce type en Europe est important (par exemple Sweeting e.a., 2008), mais les chiffres s'y rapportant ne sont pas disponibles.

L'injection était citée comme mode habituel d'administration par près de 37 % des consommateurs primaires d'opiacés qui ont entamé un traitement spécialisé en 2010, essentiellement des héroïnomanes. Les niveaux d'injection parmi les consommateurs d'opiacés varient selon les pays, de 7 % aux Pays-Bas à 94 % en Lettonie. Des proportions élevées d'usagers de drogue par injection sont enregistrées en Europe centrale et orientale, ainsi que dans certains pays du nord (voir le graphique 13).

Il est difficile de tirer des conclusions sur l'évolution dans le temps de la prévalence de l'injection de drogue sur la base d'estimations répétées de la prévalence en raison du manque de données et, parfois, de l'incertitude statistique des estimations. Parmi les huit pays ayant fourni des données suffisantes pour permettre une analyse des tendances, la prévalence de l'injection de drogue semble avoir diminué au Royaume-Uni et être restée relativement stable en Grèce, à Chypre, en Hongrie, en Slovaquie, en Croatie et en Norvège. Quant à la République tchèque, elle a fait état d'une augmentation du nombre d'usagers de drogue par injection, pour la plupart des consommateurs de méthamphétamine, entre 2005 et 2010 (99).

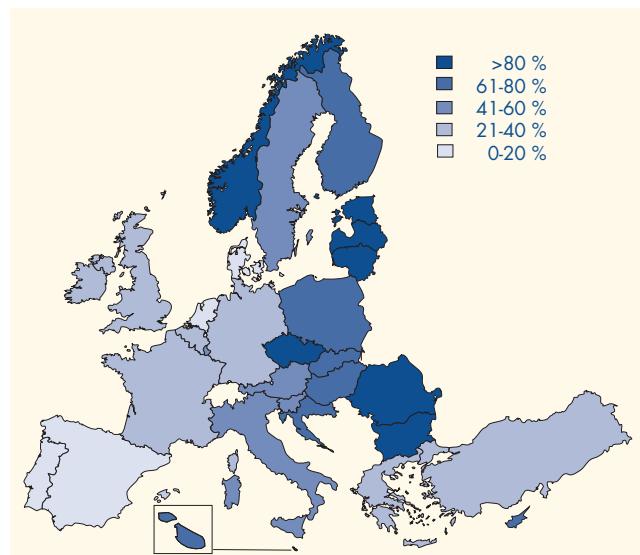
La prise en compte des données provenant d'une série d'autres indicateurs semble indiquer un recul généralisé de la consommation d'opiacés par injection et, en particulier, de l'usage d'héroïne par injection en Europe. La plupart des pays européens ont fait état d'un déclin de la proportion d'usagers de drogue par injection parmi les consommateurs primaires d'héroïne ayant entamé un

(97) Voir le tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2012.

(98) Voir le graphique PDU-2 du bulletin statistique 2012.

(99) Voir le tableau PDU-6 (partie iii) du bulletin statistique 2012.

Graphique 13 — Injection en tant que mode habituel d'administration parmi les usagers primaires d'opiacés admis en traitement en 2010



NB: Données exprimées en pourcentage des patients déclarés pour lesquels le mode d'administration est connu. Données de 2010 ou de la dernière année disponible. Voir le tableau TDI-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

traitement pour la première fois entre 2005 et 2010, une tendance confirmée par une analyse à plus long terme (2000-2009) des usagers d'héroïne admis en traitement spécialisé pour la première fois en Europe (OEDT, 2012c). Ce déclin de la consommation d'héroïne par injection est observé dans tous les pays, bien qu'il soit plus marqué dans les pays d'Europe occidentale. En 2009, alors que les pays occidentaux rapportaient que fumer l'héroïne était devenu le mode principal d'administration de cette drogue pour plus de la moitié des patients héroïnomanes (53 %), dans les pays de l'Est, 70 % des patients héroïnomanes citaient l'injection comme mode principal d'administration (OEDT, 2012c). En outre, de récentes études menées en Irlande et en Norvège ont mis en évidence un laps de temps de plus en plus long entre la première consommation d'héroïne et la première injection de cette drogue (Bellerose e.a., 2011; Bretteville-Jensen et Skretting, 2010).

Traitements de l'usage problématique d'opiacés

Offre de traitement et couverture

Des traitements de la dépendance aux opiacés basés sur le sevrage et sur la substitution sont disponibles dans tous les États membres de l'UE, en Croatie, en Turquie et en Norvège. Dans la plupart des pays, le traitement est dispensé dans des structures ambulatoires, notamment des

L'injection et les autres modes d'administration

Les données recueillies au sujet des usagers de drogue qui entament un traitement constituent la plus vaste et la plus complète source d'information sur le comportement de prise de drogue des personnes connaissant des problèmes liés à la drogue en Europe (¹).

Dans l'ensemble, l'injection était le deuxième mode d'administration le plus courant cité par les usagers de drogue entamant un traitement essentiellement pour des problèmes liés aux opiacés en 2010. Sur les 140 000 consommateurs primaires d'opiacés entamant un traitement dans un centre ambulatoire et dont le mode d'administration de la drogue était connu, 36 % ont déclaré s'injecter cette drogue, 45 % la fumer ou l'inhaler et 19 % la prendre par ingestion orale. En revanche, 3 % des 53 000 cocaïnomanes ayant entamé un traitement dans un centre ambulatoire ont déclaré s'injecter cette drogue, 68 % la sniffent et les autres la fumer ou l'inhaler. Parmi les 9 000 usagers d'amphétamines ou de stimulants autres que la cocaïne, 24 % ont cité l'injection comme mode principal d'administration, 40 % ingéraient cette drogue par voie orale, 32 % la sniffaient et 4 % recourraient d'autres modes d'administration.

Les modes de consommation de la drogue ont changé avec le temps. Une analyse des données relatives aux admissions en traitement entre 2000 et 2009 a montré une diminution (de 58 à 36 %) de l'injection de la drogue chez les consommateurs primaires d'héroïne dans tous les pays européens, en particulier dans la partie occidentale de l'Europe (OEDT, 2012c). En outre, parmi les consommateurs d'opiacés ayant entamé un traitement dans une structure ambulatoire depuis 2009, ceux qui fumaient la drogue étaient plus nombreux que ceux qui se l'injetaient (²).

(¹) Il est à noter que les données relatives aux admissions en traitement ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population des consommateurs de drogue en traitement et ne sont pas nécessairement représentatives de la population plus large des usagers de drogue, qui comprend ceux ne suivant pas de traitement. Pour en savoir plus sur la taille du total de la population en traitement, voir le site internet de l'OEDT.

(²) Voir le tableau TDI-17 des bulletins statistiques 2010, 2011 et 2012.

centres spécialisés, des cabinets de médecine générale, des cabinets médicaux et des services à bas seuil. Dans quelques pays, les centres d'hébergement jouent un rôle important dans le traitement de la dépendance aux opiacés (¹⁰⁰). Quelques pays proposent un traitement avec prescription d'héroïne pour un groupe ciblé de consommateurs chroniques d'héroïne.

Dans le cas des consommateurs d'opiacés, le traitement par sevrage est généralement précédé d'une cure de désintoxication, qui leur apporte une aide pharmaceutique pour gérer les symptômes physiques du manque. Cette approche thérapeutique exige généralement des personnes

(¹⁰⁰) Voir le tableau TDI-24 du bulletin statistique 2012.

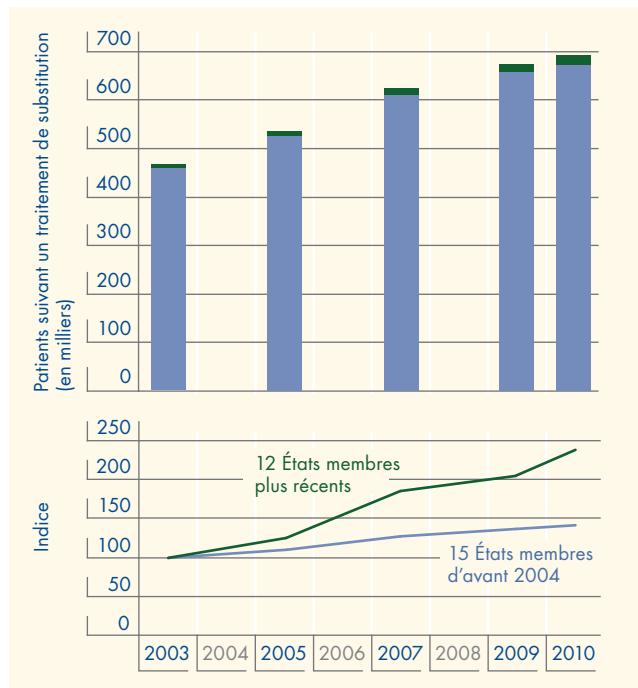
qu'elles s'abstiennent de consommer toute substance, y compris des médicaments de substitution. Les patients participent à des activités quotidiennes et reçoivent un soutien psychologique intensif. Si le traitement par sevrage peut se faire en milieu hospitalier ou dans une structure ambulatoire, les types de traitement le plus souvent cités sont le traitement par sevrage en hébergement et le traitement par sevrage en milieu hospitalier.

En Europe, le type de traitement de la dépendance aux opiacés le plus courant est le traitement de substitution, généralement intégré dans un programme d'aide psychosociale et habituellement dispensé dans des centres ambulatoires spécialisés. Seize pays signalent que le traitement de substitution est également dispensé par des médecins généralistes. Dans certains pays, les médecins généralistes dispensent ce traitement dans le cadre de structures d'entraide avec des centres thérapeutiques spécialisés. Le nombre total de consommateurs d'opiacés recevant un traitement de substitution dans l'Union européenne, en Croatie, en Turquie et en Norvège est estimé à 709 000 personnes (698 000 dans les États membres de l'UE) en 2010 contre 650 000 en 2008 et près de 500 000 en 2003 (¹⁰¹). La grande majorité des traitements de substitution est toujours dispensée dans les quinze États membres qui faisaient partie de l'UE avant 2004 (près de 95 % du total) et les tendances à moyen terme (2003-2010) montrent des hausses continues (voir le graphique 14). Les plus fortes hausses de l'offre de ces traitements dans ces pays ont été observées en Grèce, en Autriche et en Finlande, où le nombre de traitements a presque triplé.

Des hausses encore plus marquées ont été observées dans les douze pays qui ont rejoint l'Union européenne depuis 2004. Dans ces pays, le nombre de patients recevant un traitement de substitution est passé de 7 800 en 2003 à 20 400 en 2010, une partie importante de cette augmentation étant intervenue après 2005. Proportionnellement, l'essor du traitement de substitution dans ces pays au cours de ces sept années a été le plus marqué en Estonie (multiplié par 16, de 60 à plus de 1 000 patients, même si seuls 5 % des consommateurs d'opiacés par injection sont concernés) et en Bulgarie (multiplié par 8). Les hausses les plus faibles ont été enregistrées en Lituanie, en Hongrie et en Slovaquie.

Une simple comparaison du nombre estimé d'usagers d'opiacés à problèmes et du nombre de patients recevant un traitement de substitution suggère que la couverture varie considérablement en Europe. Sur les dix-huit pays pour lesquels des estimations fiables du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes sont disponibles, neuf déclarent

Graphique 14 — Patients suivant un traitement de substitution aux opiacés dans les 15 États membres d'avant 2004 et dans les 12 États membres plus récents — Estimations et tendances indexées



NB: Les années pour lesquelles des données n'ont pas été recueillies apparaissent en gris. Pour de plus amples informations, voir le graphique HSR-2 du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

un nombre de patients en traitement de substitution correspondant à environ 50 % ou plus de la population cible (¹⁰²). Six de ces pays sont des États membres qui faisaient déjà partie de l'UE en 2004, les pays restants étant la République tchèque, Malte et la Norvège.

Bien que, en moyenne, environ la moitié du total des usagers d'opiacés à problèmes de l'Union européenne et de la Norvège aient accès à un traitement de substitution, des écarts considérables existent entre les pays, avec une couverture très inférieure en Grèce (28 %), en Lituanie (17 %), en Slovaquie (12 %), en Pologne (8 %) et en Lettonie (2 %).

Des estimations de la proportion d'usagers d'opiacés à problèmes suivant tout type de traitement sont possibles pour huit pays (voir le graphique 15). En Irlande, à Chypre, en Hongrie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (Angleterre), selon les estimations, plus de 60 % des usagers d'opiacés à problèmes sont en traitement; en Grèce, cette proportion est estimée à moins de 40 %. Les données suggèrent aussi l'existence de différences dans le choix du traitement de la dépendance aux opiacés.

⁽¹⁰¹⁾ Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2012.

⁽¹⁰²⁾ Voir le graphique HSR-1 du bulletin statistique 2012.

Les traitements autres que le traitement de substitution aux opiacés, surtout les traitements par sevrage, représentent moins de 10 % du total des traitements dispensés aux usagers d'opiacés à problèmes en Allemagne, en Grèce, en Italie et au Royaume-Uni (Angleterre). En Irlande, à Chypre et aux Pays-Bas, les traitements autres que le traitement de substitution aux opiacés représentent entre 15 et 25 % de tous les traitements dispensés aux usagers d'opiacés à problèmes, et en Hongrie cette proportion atteint 43 %. De même, alors que la Grèce et la Hongrie font état d'estimations faibles pour la couverture en matière de traitement de substitution aux opiacés (environ 30 %), les estimations des proportions d'usagers d'opiacés à problèmes qui n'ont pas de contact avec un service thérapeutique diffèrent sensiblement, de plus de 60 % en Grèce à environ 25 % en Hongrie. Ces écarts démontrent la nécessité de prendre en considération le niveau de disponibilité à la fois d'un traitement de substitution et des autres approches thérapeutiques.

Graphique 15 – Couverture thérapeutique des usagers d'opiacés à problèmes dans certains pays d'Europe: proportion (en %) de la population estimée d'usagers d'opiacés à problèmes traités ou non traités



NB: Les pays inclus sont ceux pour lesquels il existe des estimations fiables de la population d'usagers d'opiacés à problèmes, du nombre de patients recevant un traitement de substitution et du nombre total d'usagers d'opiacés à problèmes en traitement. Pour de plus amples informations, voir le graphique HSR-1 du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

⁽¹⁰³⁾ Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2012.

Des temps d'attente longs pour obtenir un traitement de substitution peuvent constituer un obstacle important pour accéder à un tel traitement. Selon une enquête réalisée en 2011, la disponibilité limitée d'un traitement et le manque de ressources, ainsi que les retards dus à des raisons de procédure, sont les causes principales des temps d'attente longs. Des experts de douze des vingt-neuf pays déclarants ont estimé que le temps d'attente moyen était inférieur à deux semaines, et ceux de six autres pays ont donné une estimation de deux semaines à un mois. Dans cinq autres pays (Lituanie, Hongrie, Roumanie, Finlande et Norvège), le temps d'attente était compris entre un et six mois et, en Grèce, il dépassait six mois. Les temps d'attente moyens nationaux peuvent cependant couvrir des variations régionales considérables. Ainsi, à Athènes et à Thessalonique, les temps d'attente estimés atteignaient environ trois ans en raison des capacités limitées, alors que des délais plus courts ont été déclarés dans d'autres villes grecques en 2010. Les experts de quatre pays n'ont pu fournir d'estimation des temps d'attente.

En Europe, près des trois quarts des patients en traitement de substitution aux opiacés reçoivent de la méthadone. Des médicaments de substitution à base de buprénorphine sont prescrits à un quart des patients suivant un traitement de substitution en Europe et sont les principaux médicaments de substitution en République tchèque, en Grèce, en France, à Chypre, en Finlande et en Suède (103). La combinaison buprénorphine-naloxone est disponible dans quinze pays. Les traitements à base de morphine à libération lente (Bulgarie, Autriche et Slovénie), de codéine (Allemagne, Chypre) et de diacétylmorphine (Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni) ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des traitements.

Désintoxication aux opiacés: efficacité et résultats

Les études indiquent de plus en plus que la désintoxication aux opiacés donne de meilleurs résultats lorsqu'elle est appuyée par une psychothérapie et suivie d'une prévention de la rechute sous contrôle pharmacologique. Un récent passage en revue d'études a conclu que cette combinaison de traitements pouvait aider les patients à achever leur traitement, à réduire leur consommation d'opiacés et à rester abstinents en phase de suivi (Amato e.a., 2011). En outre, le nombre d'absences cliniques pendant le traitement s'est avéré plus bas chez les patients bénéficiant d'un appui psychosocial. L'étude de Day et Strang (2011) a constaté que les milieux hospitaliers étaient plus efficaces que les structures ambulatoires pour aider les patients à aller jusqu'au bout de leur cure de

désintoxication (51 contre 36 % dans le groupe traité en structures ambulatoires).

Après une désintoxication à l'héroïne, la prévention de la rechute peut être facilitée par l'administration de naltrexone, un antagoniste des opiacés. Toutefois, le respect du traitement médicamenteux et le maintien en traitement, associés à l'administration de naltrexone, restent faibles dans les populations étudiées en général. Le naltrexone s'est avéré efficace chez les personnes obligées

de respecter le traitement pour éviter des conséquences majeures, par exemple le personnel médical ou les personnes soumises à une surveillance officielle (Minozzi e.a., 2011). Même si, dans l'ensemble, la désintoxication pour dépendance aux opiacés semble moins efficace qu'un traitement de substitution, l'Organisation mondiale de la santé (2009) recommande néanmoins de proposer la désintoxication en tant qu'option aux patients motivés qui recherchent un traitement.

Qualité de vie des usagers de drogue en traitement de substitution

En tant que groupe, les usagers de drogue dépendants aux opiacés jouissent d'une moins bonne qualité de vie que la population générale et les personnes souffrant d'autres maladies. Tel est le thème principal d'études récemment menées en Allemagne, en Lettonie et au Royaume-Uni, dont les résultats plaident en faveur d'un traitement de substitution. Par ailleurs, des facteurs indiquant une mauvaise qualité de vie sont annonciateurs de rechutes, en particulier parmi les consommateurs de drogue plus âgés (OEDT, 2010d). Une étude systématique réalisée récemment (De Maeyer e.a., 2010) a montré que la participation à un traitement améliorait la qualité de vie du patient dès les premiers mois du traitement.

Toutes les options de traitement de substitution se sont avérées aussi efficaces pour améliorer la qualité de vie, même si les patients à qui de la méthadone a été prescrite ont connu des améliorations plus rapidement (après environ un mois) que ceux qui recevaient de la buprénorphine. Toutefois, dans des rapports subjectifs, la buprénorphine était mieux considérée que la méthadone, peut-être parce qu'il n'est pas nécessaire de l'administrer quotidiennement. L'atteinte de bons résultats en matière de qualité de vie est un objectif clé d'un traitement de la dépendance à la drogue. De tels résultats pourraient être obtenus grâce à des recherches plus poussées sur l'efficacité relative des options de substitution disponibles.