

## Chapitre 7

# Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

### Introduction

L'usage de drogue est associé directement et indirectement à une grande diversité de conséquences négatives sur la santé et la vie sociale. Ces problèmes concernent dans une mesure disproportionnée les usagers d'opiacés de longue durée, les usagers de certaines formes de stimulants et les consommateurs de drogue par injection. La consommation des drogues opiacées en particulier est associée aux décès par surdose. Pour se rendre compte de l'ampleur de ce problème, il suffit de savoir que, au cours de la dernière décennie, l'Europe a enregistré environ une mort par surdose toutes les heures. Toutefois, il importe également d'avoir à l'esprit que les usagers chroniques de drogue courent des risques très élevés de décès pour d'autres causes, y compris les maladies organiques, suicides, accidents et traumatismes. Quelle que soit la substance utilisée, l'injection de drogue reste un vecteur important de transmission de maladies infectieuses, notamment le VIH et l'hépatite C. De fait, de nouvelles épidémies de VIH sont apparues récemment dans certains pays européens, soulignant l'importance du maintien de réponses efficaces de santé publique dans ce domaine.

### Maladies infectieuses liées à la drogue

L'OEDT surveille de manière systématique la prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse <sup>(104)</sup>. La morbidité et la mortalité causées par ces infections comptent parmi les conséquences sanitaires les plus graves de la consommation de drogue. D'autres maladies infectieuses, dont les hépatites A et D, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le tétanos, le botulisme, l'anthrax et le virus T-lymphotropique humain, peuvent affecter les toxicomanes de manière disproportionnée.

#### VIH et sida

À la fin de l'année 2010, l'incidence des nouveaux cas de VIH déclarés parmi les usagers de drogue par voie

intraveineuse est restée faible dans la plupart des pays de l'Union européenne, et, dans l'ensemble, la situation de l'UE est relativement positive par rapport au contexte mondial ou européen plus large (voir le graphique 16).

Le taux moyen de nouveaux cas diagnostiqués dans les vingt-six États membres de l'UE en mesure de fournir des données pour 2010 est tombé à un nouveau seuil de 2,54 cas par million d'habitants, soit 1 192 nouveaux cas déclarés <sup>(105)</sup>. À titre de comparaison, ce taux atteignait 19,7 cas par million d'habitants aux États-Unis (CDC, 2009), 104,3 cas par million en Russie (données de 2009 pour ces deux pays) et 151,5 cas par million en Ukraine en 2010 (ECDC et OMS, 2011). Les données disponibles sur la prévalence du VIH dans des échantillons d'usagers de drogue par injection dans l'Union européenne indiquent aussi une prévalence plus faible que dans les pays voisins de l'Est <sup>(106)</sup>, bien qu'il faille faire preuve de prudence dans les comparaisons entre pays en raison des différences de méthodes et de couverture des études.

Cela peut être dû, au moins en partie, à la disponibilité plus grande des mesures de prévention, de traitement et de réduction des risques, dont les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues. D'autres facteurs, tels que le recul de la consommation de drogue par injection constaté dans certains pays, peuvent également avoir contribué à cette situation (OEDT, 2010e).

Malgré ce tableau globalement positif, de nouvelles données suggèrent que la transmission du VIH liée à la consommation de drogue par injection s'est poursuivie en 2010, deux pays en particulier (Grèce et Roumanie) faisant état de nouvelles épidémies d'infections au VIH parmi les usagers de drogue par injection en 2011 <sup>(107)</sup>. Dans ces deux pays, ces épidémies ont été précédées par des augmentations de la prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par injection, ce qui donne à penser qu'une hausse de la prévalence du VHC pourrait être un indicateur précoce d'une augmentation des risques dus aux injections parmi la population d'usagers de

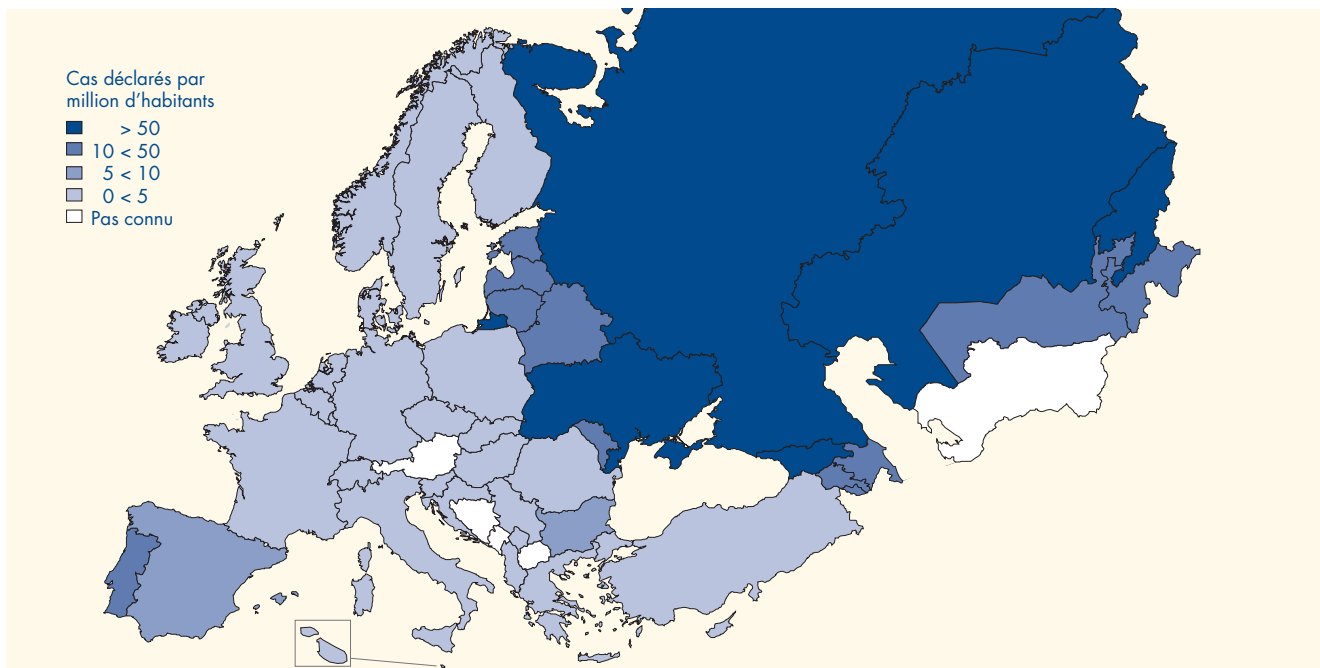
<sup>(104)</sup> Pour de plus amples détails sur les méthodes et les définitions, voir le bulletin statistique 2012.

<sup>(105)</sup> Les données manquent pour l'Autriche et la Turquie. Pour les États membres de l'UE et la Croatie, la Turquie et la Norvège, ce taux était de 2,52 cas par million d'habitants, soit 1 204 nouveaux cas déclarés en 2010.

<sup>(106)</sup> Voir les tableaux INF-1 et INF-108 et le graphique INF-3 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(107)</sup> Voir l'encadré «Épidémies de VIH en Grèce et en Roumanie».

**Graphique 16** — Infections au VIH nouvellement diagnostiquées chez les usagers de drogue par injection en 2010 en Europe et en Asie centrale



NB: Les couleurs indiquent le taux par million d'habitants de cas d'infections au VIH nouvellement diagnostiqués et attribués au groupe à risque des usagers de drogue par injection diagnostiqués en 2010. Les données de l'Albanie, de la Russie et de la Turquie sont celles de 2009.  
Sources: ECDC et OMS, 2011.

drogue par injection, éventuellement avant le début d'une propagation du VIH (Vickerman e.a., 2010).

### Tendances de la contamination au VIH

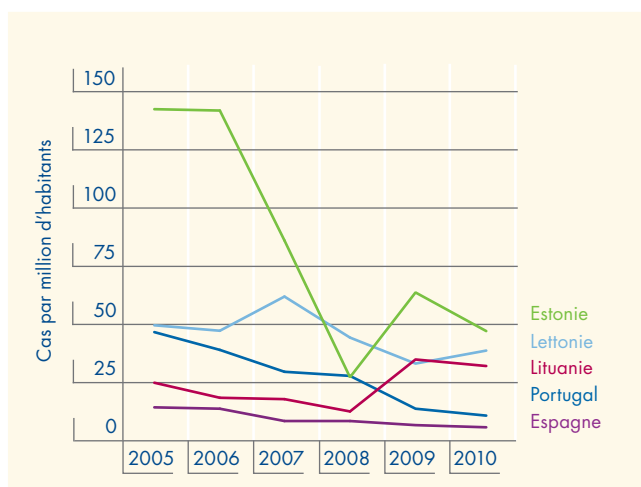
Les données relatives aux nouveaux cas déclarés liés à la consommation de drogues injectables pour 2010 suggèrent que, dans l'ensemble, les taux d'infection continuent à chuter dans l'Union européenne, après le pic enregistré en 2001-2002. Sur les cinq pays affichant les taux les plus élevés d'infections nouvellement diagnostiquées parmi les usagers de drogue par injection entre 2005 et 2010, l'Espagne et le Portugal ont poursuivi leur courbe descendante, tandis que, parmi les autres pays, seule la Lettonie a fait état d'une légère augmentation (voir le graphique 17) <sup>(108)</sup>.

Ces données sont positives, mais il faut les considérer en ayant à l'esprit qu'il existe toujours un risque d'épidémie de VIH parmi les usagers de drogue par injection dans certains pays. Si l'on adopte une perspective de deux ans, entre 2008 et 2010, des augmentations ont été observées en Estonie, qui est passée de 26,8 à 46,3 cas par million d'habitants, et en Lituanie, qui est passée de 12,5 à 31,8 cas par million d'habitants. La Bulgarie, un pays ayant historiquement

affiché un taux d'infection très faible, a également vu un pic de 9,7 cas par million d'habitants en 2009, avant de retomber à 7,4 cas par million d'habitants en 2010.

Des données sur la prévalence dans des échantillons d'usagers de drogue par injection sont disponibles pour

**Graphique 17** — Tendances des infections au VIH nouvellement déclarées chez les usagers de drogue par injection dans les cinq États membres de l'UE déclarant les taux les plus élevés



NB: Données rapportées à la fin du mois d'octobre 2011; voir le graphique INF-2 du bulletin statistique 2011.

Sources: ECDC et OMS, 2011.

<sup>(108)</sup> Les données de l'Espagne ne couvrent pas tout le pays. L'augmentation récente notée en Estonie pourrait s'expliquer — sans que l'on sache dans quelle mesure exactement — par les modifications apportées au système de surveillance depuis 2009.

vingt-cinq pays concernant la période 2005-2010 <sup>(109)</sup>; bien que les différences d'échantillonnage incitent à interpréter ces informations avec prudence, celles-ci n'en constituent pas moins une source de données complémentaire. Dans dix-sept de ces pays, les estimations de la prévalence du VIH sont restées inchangées. Dans sept pays (Allemagne, Espagne, Italie, Lettonie, Pologne, Portugal et Norvège), les données sur la prévalence du VIH ont accusé une baisse. Seul un pays, la Bulgarie, a fait état d'une augmentation de la prévalence du VIH: plus précisément dans sa capitale, Sofia, dans une mesure correspondant à la hausse du nombre de cas d'infections nouvellement diagnostiquées. Les hausses de la transmission du VIH rapportées en Grèce et en Roumanie en 2011 n'ont pas été observées dans les données de recensement de la prévalence ou des cas avant 2011. D'autres indices possibles de la poursuite de la transmission du VIH ont été observés dans de petits échantillons de jeunes usagers de drogue par injection (moins de 25 ans) dans six pays; des niveaux de prévalence supérieurs à 5 % ont été relevés en Estonie, en France, en Lettonie, en Lituanie et en Pologne, et une prévalence en hausse a été enregistrée en Bulgarie sur la période 2005-2010.

### **Incidence du sida et accès à la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART)**

Bien qu'elles ne soient pas un bon indicateur de la transmission du VIH, les informations sur l'incidence du sida sont importantes, car elles témoignent des nouvelles manifestations de la maladie sous sa forme symptomatique. Le fort taux d'incidence du sida peut indiquer que de nombreux usagers de drogue par injection infectés par le VIH ne reçoivent pas la thérapie antirétrovirale hautement active à un stade suffisamment précoce de leur infection pour en tirer un bénéfice optimal. Une étude confirme que c'est peut-être encore le cas dans plusieurs pays de l'UE (Mathers e.a., 2010).

La Lettonie reste le pays déclarant la plus forte incidence de sida liée à la consommation de drogue par injection, avec une estimation de 27,1 nouveaux cas par million d'habitants en 2010, contre 20,8 nouveaux cas par million d'habitants l'année précédente. Des taux d'incidence du sida relativement élevés parmi les usagers de drogue par injection sont également signalés en Estonie (9,7 nouveaux cas par million d'habitants), au Portugal (8,3), en Lituanie (6,0) et en Espagne (5,7), bien qu'entre 2005 et 2010 la tendance était au recul dans la totalité de ces pays <sup>(110)</sup>.

### **Épidémies de VIH en Grèce et en Roumanie**

En 2011, des systèmes d'alerte précoce ont détecté des épidémies de VIH en Grèce et en Roumanie, entraînant des réponses rapides dans les deux pays. En réponse à une demande de la Commission européenne, l'ECDC et l'OEDT ont réalisé une évaluation rapide des risques d'apparition d'autres épidémies de VIH en Europe (ECDC et OEDT, 2012).

Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'infection au VIH parmi les usagers de drogue par injection est passé de 9-19 cas par an jusqu'en 2010 à 241 cas en 2011 en Grèce, et de 1-6 cas par an jusqu'en 2010 à 114 cas en 2011 en Roumanie. Si ces augmentations sont apparues dans un contexte de niveaux faibles ou de réductions de l'offre de services de prévention en Grèce et en Roumanie, d'autres facteurs, tels que la consommation accrue de stimulants, pourraient aussi avoir joué un rôle dans cette aggravation de la situation.

En réponse aux épidémies, la Grèce a sensiblement accru la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les capacités de traitement des toxicomanies, avec l'ouverture de vingt-deux nouvelles unités de traitements de substitution pour décembre 2011.

Le rapport tiré de l'évaluation rapide des risques a suggéré des risques possibles d'apparition d'épidémies similaires dans certains autres pays de l'UE, compte tenu des hausses des nombres déclarés d'infections à l'hépatite C (un indicateur des risques liés aux injections) et de la faible couverture des services de prévention du VIH.

### **Hépatites B et C**

L'hépatite virale, et plus particulièrement l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), est extrêmement répandue chez les usagers de drogue par injection en Europe (voir le graphique 18). Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux de consommateurs de drogue par injection en 2009-2010 oscillaient entre 14 et 70 %, sept pays sur les onze ayant des données nationales (Grèce, Italie, Chypre, Autriche, Portugal, Finlande et Norvège) déclarant une prévalence supérieure à 40 % <sup>(111)</sup>, un niveau qui pourrait indiquer que les risques liés aux injections sont suffisants pour transmettre le VIH (Vickerman e.a., 2010). Des niveaux de prévalence d'anticorps VHC supérieurs à 40 % ont également été déclarés dans les données nationales les plus récentes pour le Danemark, le Luxembourg et la Croatie, ainsi que pour neuf autres pays fournissant des données infranationales (2005-2010). La République tchèque, la Hongrie, la Slovaquie (données nationales, 2009-2010) et la Turquie (données infranationales, 2008) déclarent une prévalence du VHC inférieure à 25 % (entre 5 et 24 %);

<sup>(109)</sup> Les données relatives aux tendances ne sont pas disponibles pour l'Irlande, l'Estonie, la France, les Pays-Bas et la Turquie. Voir le tableau INF-108 du bulletin statistique 2012.

<sup>(110)</sup> Voir le tableau INF-104 (partie iii) et le graphique INF-1 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(111)</sup> Voir les tableaux INF-2 et INF-111 et le graphique INF-6 (part i) du bulletin statistique 2012.

toutefois, un taux d'infection de ce niveau reste un problème de santé publique majeur.

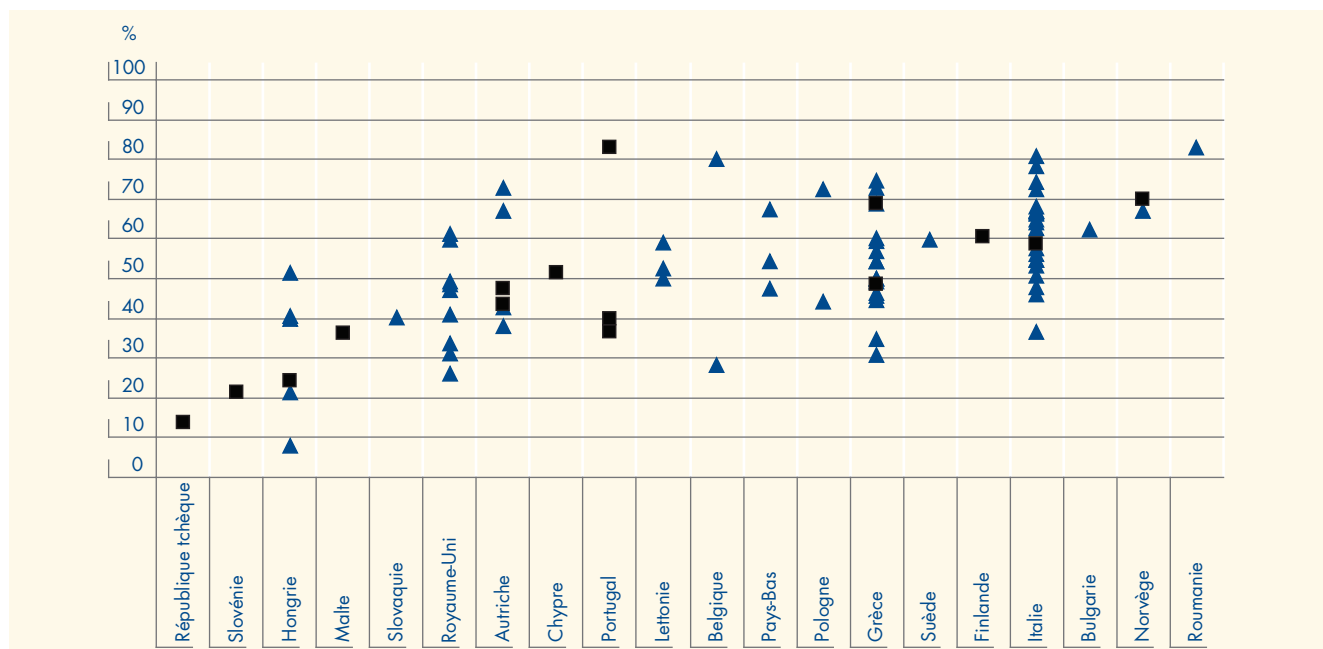
Entre 2005 et 2010, la prévalence du VHC chez les usagers de drogue par injection, aux niveaux tant national qu'infranational, a été déclarée en baisse dans six pays, et en hausse dans cinq autres (Bulgarie, Grèce, Chypre, Autriche et Roumanie). L'Italie a fait état d'un recul à l'échelon national entre 2005 et 2009 — des données plus récentes ne sont pas disponibles — mais de hausses dans trois des vingt-et-une régions du pays (Abruzzes, Ombrie et Val d'Aoste).

Des études portant sur les jeunes usagers de drogue par injection (âgés de moins de 25 ans) suggèrent une baisse de la prévalence du VHC à l'échelon infranational en Slovaquie, ce qui pourrait indiquer une chute des taux de transmission. Des hausses de la prévalence parmi les jeunes usagers de drogue par injection ont été rapportées en Bulgarie, en Grèce, à Chypre et en Autriche, mais il faut savoir que les échantillons étaient de petite taille pour la Grèce, Chypre et l'Autriche. Une hausse de la prévalence du VHC chez les nouveaux usagers de drogue par injection (qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans) a été déclarée en Grèce (à l'échelon national et dans une région) <sup>(112)</sup>. Ces études, bien que difficiles

à interpréter pour des raisons méthodologiques, n'en montrent pas moins que de nombreux usagers de drogue par voie intraveineuse continuent à contracter le virus peu de temps après avoir commencé à s'injecter la drogue, ce qui donne à penser qu'on ne dispose souvent que d'un laps de temps très court pour mettre en place des mesures de prévention contre le VHC.

L'évolution dans le temps du nombre de cas déclarés d'hépatites B et C est difficile à interpréter en raison de la mauvaise qualité des données. Toutefois, on peut mieux comprendre l'épidémiologie de ces infections en examinant le pourcentage d'usagers de drogue par injection dans l'ensemble des cas déclarés où des facteurs de risque sont connus (Wiessing e.a., 2008). En moyenne, dans les seize pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période 2009-2010, la consommation de drogue par injection représente 48 % de tous les cas de VHC et 32 % des cas aigus de VHC déclarés, où une catégorie à risque est connue. En ce qui concerne l'hépatite B, les usagers de drogue par injection représentent 6 % du total des cas déclarés et 12 % des cas aigus. Ces données confirment que les usagers de drogue par injection constituent toujours un important groupe à risque pour l'hépatite virale en Europe <sup>(113)</sup>.

**Graphique 18 — Prévalence des anticorps du VHC chez les usagers de drogue par injection**



**NB:** Les données se rapportent aux années 2009 et 2010. Les carrés noirs sont des échantillons à couverture nationale; les triangles bleus sont des échantillons à couverture infranationale (locale ou régionale). Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence en raison des différents types de paramètres et de méthodes d'analyse. Les stratégies nationales d'échantillonnage peuvent varier. Les pays sont présentés par ordre de prévalence croissante, sur la base de la moyenne des données nationales ou, si elles ne sont pas disponibles, de données infranationales. Pour de plus amples informations, voir le graphique INF-6 du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

<sup>(112)</sup> Voir les tableaux INF-112 et INF-113 et le graphique INF-6 (partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(113)</sup> Voir les tableaux INF-105 et INF-106 du bulletin statistique 2012.

## Autres infections

Outre les infections virales, les usagers de drogue par injection sont également exposés à d'autres maladies bactériennes. L'épidémie d'anthrax qui a frappé les usagers de drogue injectable en Europe (OEDT, 2010a) a mis en évidence un problème persistant de maladie grave due à des bactéries sporulantes présentes chez les usagers de drogue par injection. Une étude européenne de quatre infections bactériennes (botulisme, tétanos, *Clostridium novyi* et anthrax) a révélé une importante variation dans les taux de prévalence parmi les usagers de drogue par injection selon les pays entre 2000 et 2009, avec une concentration inexplicable de cas déclarés dans le nord-ouest de l'Europe, à savoir en Irlande, au Royaume-Uni et en Norvège (Hope e.a., 2012).

En Europe, la tuberculose, une maladie bactérienne qui s'attaque généralement aux poumons, est essentiellement concentrée dans des groupes à haut risque, comme les migrants, les sans-abri, les usagers de drogue et les détenus. La séropositivité multiplie par 20 ou 30 le risque de développer la tuberculose (OMS, 2010). Les données relatives à la prévalence de la tuberculose active chez les toxicomanes en traitement sont disponibles pour cinq pays. Cette prévalence varie de 0 % (Autriche et Slovaquie) à 3,1 % (Lituanie), avec des valeurs intermédiaires en Grèce (de 0 à 0,5 %) et au Portugal (de 0,1 à 1 %). En outre, la Norvège a rapporté des cas «très rares». Par ailleurs, en 2010, quatre pays ont indiqué quelle était la proportion d'«usagers de drogue» parmi les nouveaux cas de tuberculose avec des informations sur les facteurs de risque connus: 0,9 % en Hongrie, 1,2 % en Belgique (usagers de drogue par injection), 3,3 % au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles, usagers de drogue à problèmes) et 5,9 % en Lettonie.

## Prévention des maladies infectieuses et réponses apportées

La prévention des maladies infectieuses au sein de la population de consommateurs de drogue est un objectif de santé publique majeur de l'Union européenne et fait partie intégrante des politiques de lutte contre la drogue de la plupart des États membres. Les pays cherchent à prévenir et à contrôler la propagation des maladies infectieuses chez les toxicomanes en combinant plusieurs approches, notamment: la fourniture de matériel d'injection stérile; la vaccination, le dépistage et le traitement des maladies infectieuses; le traitement de la dépendance, en particulier le traitement de substitution aux opiacés. En outre, des services de proximité ou à bas seuil mènent des interventions

axées sur l'information, l'éducation et le comportement. Ces mesures ont été recommandées par des agences de l'UE en tant qu'actions prioritaires pour la prévention du VIH et de l'hépatite, le traitement et les soins aux usagers de drogue par voie intraveineuse (ECDC et OEDT, 2011).

## Interventions

L'efficacité de la thérapie de substitution aux opiacés dans la réduction de la transmission du VIH et du comportement à risque autodéclaré d'injection a été confirmée dans plusieurs études et analyses. Il est de plus en plus avéré que la combinaison d'un traitement de substitution aux opiacés et de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans la réduction de l'incidence du VIH ou du VHC est plus efficace que l'application de l'une ou l'autre de ces deux approches (ECDC et OEDT, 2011).

En Europe, la disponibilité et la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont en augmentation: sur les trente pays ayant répondu à une enquête menée en 2011, vingt-six ont déclaré que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues étaient une priorité, contre vingt-trois en 2008. En Suède, où des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont en cours depuis 1986, bien que limités au comté de Skåne, il était prévu de lancer un nouveau programme à Stockholm en 2011. Dans l'ensemble, tandis que les experts considèrent que les niveaux actuels de distribution de seringues répondent aux besoins de la majorité des usagers de drogue par injection dans deux tiers des pays européens, les experts nationaux de cinq pays ont indiqué que des seringues stériles et d'autres matériels d'injection propres ne sont disponibles gratuitement que pour une minorité d'usagers de drogue par injection. Néanmoins, au cours de la période 2008-2011, le nombre de pays rapportant une couverture totale ou étendue des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues a augmenté d'un tiers, passant de quinze à vingt.

Des informations sur le nombre de seringues distribuées par des programmes spécialisés en 2005 et 2010 sont disponibles pour vingt-deux pays de l'UE et la Norvège <sup>(114)</sup>. Dans ce sous-ensemble de pays, une augmentation sensible du nombre de seringues distribuées a été observée, leur nombre passant de 34,5 millions en 2005 à plus de 51 millions en 2010 (37 %). Cette augmentation globale peut cependant recouvrir différentes tendances subrégionales. Dans les dix pays pour lesquels des estimations fiables de la consommation de drogue par injection sont disponibles, le nombre de seringues distribuées par les programmes spécialisés en 2010 équivaut à 110 seringues par usager de drogue par injection <sup>(115)</sup>.

<sup>(114)</sup> Voir les tableaux HSR-5 (partie i et partie ii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(115)</sup> Voir le graphique HSR-3 du bulletin statistique 2012.



En Europe, peu d'usagers de drogue par injection actifs reçoivent un traitement antiviral contre l'hépatite C. Toutefois, les progrès accomplis dans le traitement des maladies <sup>(116)</sup> et un ensemble de données de plus en plus fourni démontrant l'efficacité de ce traitement parmi les usagers de drogue par injection, y compris des études de modélisation qui suggèrent la possibilité de réduire la transmission du virus (Martin e.a., 2011), indiquent le potentiel offert par l'extension des stratégies pour traiter l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection.

Dans dix-neuf pays, les experts nationaux estiment que la priorité est à accorder aux services de conseils volontaires combinés à un dépistage confidentiel afin de répondre à la propagation de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par injection. Depuis 2008, on enregistre une hausse de plus de 50 % du nombre de pays dont les experts indiquent une couverture suffisante pour le dépistage du VHC, et une légère augmentation du nombre de pays déclarant qu'au moins la moitié de la population cible reçoit des conseils concernant les risques de transmission des maladies infectieuses. Parmi les usagers de drogue par injection ayant participé à l'enquête «Unlinked Anonymous Monitoring» réalisée en Angleterre en 2010, 83 % ont déclaré s'être soumis à un dépistage VHC confidentiel et volontaire, contre 49 % en 2000. En outre, 55 % de ceux infectés par le VHC étaient conscients de leur état de santé en 2010, contre 40 % en 2000 (HPA, 2011). À Budapest, un programme inédit de réduction des risques a été lancé en 2010, dans le cadre duquel des travailleuses de services de proximité fournissaient des tests de dépistage du VIH et des hépatites B et C à des femmes consommant de la drogue par injection ou liées à des usagers de drogue par injection.

Contrairement au VHC, un vaccin sûr et efficace existe pour prévenir la propagation du virus de l'hépatite B (VHB). Actuellement, vingt-cinq pays européens ont intégré l'hépatite B à leur programme national de vaccination, et seize indiquent qu'un programme spécifique de vaccination contre le VHB existe pour les usagers de drogue par injection <sup>(117)</sup>.

## Mortalité et décès liés à la drogue

La consommation de drogue est l'une des principales causes de problèmes sanitaires et de mortalité chez les jeunes Européens. La mortalité liée à la drogue englobe les décès directement ou indirectement causés par la consommation de drogue. Cela comprend les décès par surdose (décès dus à la drogue), le VIH/sida, les accidents, la violence, le suicide et les problèmes de santé chroniques dus à la consommation répétée de

### Traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection: les nouveaux médicaments

Les patients souffrant d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC), y compris les usagers de drogue par injection, peuvent être traités au moyen d'une thérapie pharmacologique.

Introduits en 2001, les interférons pégylés (IFN PEG) alpha-2a et alpha-2b sont devenus le traitement ordinaire pour l'hépatite C chronique. En Europe, ces deux formes d'IFN PEG sont autorisées pour être utilisées avec des doses diverses de ribavirine (en fonction du génotype du VHC) et avec des recommandations de dosage légèrement différentes. L'association IFN PEG alpha-ribavirine est considérée comme le meilleur traitement disponible. Son efficacité a été démontrée chez au moins 50 % des patients traités (Rosen, 2011), et les taux de réponse sont comparables chez les usagers de drogue par injection infectés par le VHC (Hellard e.a., 2009). Les patients traités avec succès maintiennent des charges virales faibles pendant plusieurs mois après le traitement et peuvent jouir d'une qualité de vie raisonnable, pour autant qu'ils respectent un mode de vie sain. La thérapie combinée peut cependant s'avérer toxique. C'est, entre autres, pour éviter ses effets secondaires mais aussi pour améliorer le traitement existant contre la VHC que les chercheurs explorent d'autres stratégies thérapeutiques. Les interventions étudiées comprennent le téléprévoir et le bocéprévir, deux inhibiteurs des protéases qui ont reçu l'agrément aux États-Unis en 2011 après les résultats positifs des essais cliniques (Rosen, 2011).

drogues <sup>(118)</sup>. Ces décès touchent surtout des usagers de drogue à problèmes, bien que certains puissent survenir chez des consommateurs occasionnels (par exemple les accidents de la circulation).

L'estimation de la mortalité globale liée à la drogue peut se calculer de différentes manières. L'une des méthodes consiste à combiner les informations des études de mortalité de cohorte avec les estimations de la prévalence de la consommation de drogue. Une autre approche consiste à utiliser les statistiques générales existantes sur la mortalité et à estimer la proportion de décès liés à la consommation de drogue. Les études de mortalité de cohorte suivent les mêmes groupes d'usagers de drogue à problèmes dans le temps et, en établissant des liens avec les registres de mortalité, elles tentent d'identifier les causes des décès survenant dans le groupe. Ce type d'étude permet de déterminer les taux de mortalité globale et ceux de mortalité liée à une cause spécifique pour la cohorte et d'estimer la mortalité en excès du groupe par rapport à la population générale <sup>(119)</sup>.

<sup>(116)</sup> Voir l'encadré «Traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection: les nouveaux médicaments».

<sup>(117)</sup> Voir le tableau HSR-6 du bulletin statistique 2012.

<sup>(118)</sup> Voir la «Question particulière» de 2011 sur la mortalité liée à la consommation de drogue.

<sup>(119)</sup> Pour des informations sur les études de mortalité de cohorte, voir les indicateurs clés sur le site de l'OEDT.

En fonction des lieux de recrutement (par exemple les centres de traitement de la toxicomanie) et des critères d'inclusion (par exemple les usagers de drogue par voie intraveineuse, les héroïnomanes), la plupart des études de cohorte présentent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an parmi les usagers de drogue à problèmes. Une analyse des données provenant de plus de trente études de cohorte ayant suivi des patients jusqu'en 2010 a permis d'estimer entre 10 000 et 20 000 le nombre de décès de consommateurs d'opiacés chaque année en Europe (OEDT, 2011c). Les taux de mortalité annuels sont généralement compris entre 10 et 20 cas pour 1 000 habitants, ce qui représente une mortalité en excès de 10 à 20 fois plus élevée que prévu. La plupart des décès surviennent chez des hommes d'environ 35 ans. Quatre grandes catégories de causes de décès sont identifiables: les surdoses, les maladies, les suicides et les traumatismes. L'importance relative des différentes causes de décès varie d'un pays à l'autre et dans le temps. En général, toutefois, les surdoses constituent la principale cause de décès des usagers de drogue à problèmes en Europe et la mieux documentée.

### Décès dus à la drogue

Les estimations les plus récentes suggèrent que 7 000 décès par surdose ou dus à la drogue seraient survenus en 2009 dans les États membres de l'UE et en Norvège, soit une diminution par rapport aux plus de 7 600 décès signalés en 2009 <sup>(120)</sup>. Il est probable que ces chiffres soient des estimations prudentes, car les données nationales peuvent être influencées par un sous-signallement ou une sous-évaluation des décès dus à la drogue. De 1996 à 2009, entre 6 300 et 8 400 décès dus à la drogue ont été déclarés chaque année par les États membres de l'UE et la Norvège. En 2009, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour la quasi-totalité des pays, l'Allemagne et le Royaume-Uni représentaient plus de la moitié de tous les décès dus à la drogue déclarés.

En 2010, le taux moyen de mortalité due à des surdoses dans l'UE est estimé à 20 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans, avec des différences considérables entre les pays. Quatorze pays européens sur trente affichent des taux supérieurs à 20 décès par million d'habitants et sept pays signalent des taux supérieurs à 40 décès par million d'habitants.

### Décès liés aux opiacés

#### Héroïne

Les opiacés, et plus particulièrement l'héroïne ou ses métabolites, sont présents dans la majorité des décès dus à la drogue signalés en Europe. Dans les vingt-trois pays ayant fourni des données pour 2009 ou 2010, les opiacés représentaient la grande majorité des cas, avec quinze pays déclarant des proportions de 80 % ou plus, dont six des proportions supérieures à 90 %. Outre l'héroïne, les autres substances souvent décelées comprennent l'alcool, les benzodiazépines et d'autres opiacés et, dans certains pays, la cocaïne. Ces chiffres suggèrent qu'une part substantielle de tous les décès dus à la drogue s'inscrit dans un contexte de polytoxicomanie.

La majorité des victimes de décès par surdose en Europe sont des hommes (80 % pour l'ensemble) <sup>(121)</sup>. Les situations diffèrent entre les pays, les pourcentages d'hommes étant plus élevés dans les pays méridionaux (Grèce, Italie, Portugal, Roumanie et Croatie), en Estonie, en Lettonie et en Lituanie, ainsi qu'en Turquie. Dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004, les décès déclarés dus à la drogue sont également plus susceptibles de survenir chez les hommes et les jeunes gens.

Le Danemark, l'Espagne, les Pays-Bas et la Norvège signalent, quant à eux, des pourcentages plus élevés de décès de personnes plus âgées. Dans la majorité des pays, l'âge moyen des personnes décédées d'une surdose d'héroïne est d'environ 35 ans et cet âge augmente dans de nombreux pays. Cette donnée donne à penser que le nombre de jeunes héroïnomanes se stabilise ou diminue et que la cohorte des usagers d'opiacés à problèmes vieillit. Dans l'ensemble, 11 % des décès par surdose déclarés en Europe surviennent chez les moins de 25 ans et 57 % chez les 35 ans et plus <sup>(122)</sup>.

Plusieurs facteurs sont associés aux surdoses d'héroïne, mortelles ou non. Ces facteurs incluent l'injection et l'utilisation simultanée d'autres substances, en particulier l'alcool et les benzodiazépines, la comorbidité, des expériences antérieures de surdoses, le fait de ne pas suivre un traitement et l'absence de domicile fixe. La période suivant immédiatement la sortie de prison ou la fin d'un traitement de toxicomanie a été identifiée comme une période particulièrement à risque pour les surdoses, comme le confirment de nombreuses études longitudinales (OEDT, 2011c). Un risque de décès accru est également associé à la solitude au moment de la surdose.

<sup>(120)</sup> Les estimations européennes reposent sur des données de 2010 pour vingt des vingt-sept États membres de l'UE, et sur des données de 2009 pour sept autres pays et la Norvège. La Belgique est exclue, car aucune donnée n'est disponible. Pour de plus amples informations, voir le tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(121)</sup> Étant donné que la majorité des décès dus à la drogue signalés à l'OEDT sont des surdoses d'opiacés (essentiellement d'héroïne), les caractéristiques générales des décès déclarés servent ici à décrire et à analyser les décès liés à la consommation d'héroïne. Voir le graphique DRD-1 du bulletin statistique 2012.

<sup>(122)</sup> Voir les graphiques DRD-2 et DRD-3 et le tableau DRD-1 (partie i) du bulletin statistique 2012.

### Autres opiacés

Outre l'héroïne, divers autres opiacés sont mentionnés dans les rapports toxicologiques, dont la méthadone (OEDT, 2011a) et, plus rarement, la buprénorphine <sup>(123)</sup>. Des préoccupations croissantes à l'échelon international (en particulier en Australie, au Canada et aux États-Unis) sont suscitées par les décès associés à l'abus d'analgésiques vendus sur ordonnance, par exemple l'oxycodone. En Europe, même si les preuves de décès résultant de l'usage d'analgésiques opiacés prescrits restent limitées, ces dernières années ont vu des «épidémies» de surdoses liées à des opiacés de synthèse, tels que le 3-méthylfentanyl produit illégalement en Estonie. Cette situation donne à penser qu'il serait nécessaire de suivre de près les changements de mode de consommation de drogue pouvant être associés à des risques élevés de mortalité.

### Décès liés à d'autres substances

Les décès causés par un empoisonnement aigu à la cocaïne semblent relativement peu courants et cette drogue est très rarement identifiée comme la seule substance ayant contribué à un décès lié à la drogue. Toutefois, étant donné que les surdoses par cocaïne sont plus difficiles à déceler et à identifier que celles causées par des opiacés, il se pourrait qu'elles soient sous-signalées (voir le chapitre 5).

En 2010, près de 640 décès liés à la cocaïne ont été signalés dans seize pays. Du fait de la comparabilité limitée des données disponibles, il est difficile de dégager une tendance pour l'Europe. Les données les plus récentes pour l'Espagne et le Royaume-Uni, les deux pays où la prévalence de la cocaïne est la plus élevée, confirment une baisse des décès liés à la drogue observés depuis 2008.

Les décès pour lesquels la présence de stimulants autres que la cocaïne a été détectée, comme les amphétamines ou l'ecstasy (MDMA), sont rarement recensés, et, dans de nombreux cas, la drogue n'est pas identifiée comme la cause directe de la mort <sup>(124)</sup>. L'apparition de la disponibilité de substances psychoactives actuellement non contrôlées a aussi été associée à ces décès dans les articles des médias et les rapports toxicologiques traitant des décès liés à la drogue, bien qu'il soit difficile d'effectuer un suivi dans ce domaine. Des décès associés aux cathinones, notamment la méphédronne et le MDPV, ont été déclarés, mais pas en grand nombre. Par ailleurs, certains décès ont été associés à d'autres nouvelles substances, avec comme exemple récent la

4-méthylamphétamine, dont les données de mortalité ont incité l'OEDT et Europol à entreprendre une évaluation à l'échelon européen <sup>(125)</sup>.

### Tendances des décès dus à la drogue

Le nombre de décès dus à la drogue a considérablement augmenté en Europe dans les années 1980 et au début des années 1990, parallèlement à l'évolution de la consommation d'héroïne et de drogues injectables. Par la suite, les chiffres sont restés élevés <sup>(126)</sup>. Entre 2000 et 2003, la plupart des États membres de l'UE ont rapporté une diminution des décès, suivie d'une nouvelle hausse entre 2003 et 2008-2009, ces deux années ayant vu une stabilisation. Les données préliminaires pour 2010 suggèrent un chiffre global inférieur à celui de 2009, avec une poursuite de la baisse du nombre de décès déclarés en Allemagne, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Autriche, au Royaume-Uni et en Turquie.

La majorité des pays présentant un taux de mortalité supérieur à la moyenne en 2010 se situent dans le nord de l'Europe, alors qu'une grande partie des pays où le taux était inférieur à la moyenne européenne sont du sud de l'Europe. Les données sont présentées dans le graphique 19 concernant une sélection de pays qui ont rejoint l'Union européenne depuis 2004 et la Norvège. Pour comparer les pays, il faut faire preuve de prudence en raison des différences méthodologiques.

Il est plus difficile d'évaluer les tendances dans les États membres de l'UE plus récents et les pays candidats, car le nombre de décès déclarés est faible et les améliorations apportées aux capacités de rapport peuvent réduire la comparabilité des données dans le temps. Malgré ces difficultés, un accroissement a été noté dans le taux de mortalité lié aux décès dus à la drogue en Estonie et, dans une moindre mesure, en République tchèque, en Lituanie, en Hongrie, en Croatie et en Turquie.

Il est difficile d'expliquer le nombre élevé de décès dus à la drogue dans certains pays, en particulier au regard des indications de baisse de la consommation de drogue par voie intraveineuse et de la hausse du nombre de consommateurs d'opiacés en contact avec des services de traitement et de réduction des risques. Plusieurs explications pourraient être avancées, comme des niveaux plus élevés de polytoxicomanie (OEDT, 2009b) ou de comportements à risques, une augmentation du nombre de consommateurs d'opiacés qui rechutent à la sortie de prison ou à l'issue d'un traitement et le vieillissement de la cohorte d'usagers de drogue plus vulnérables.

<sup>(123)</sup> Voir le tableau DRD-108 du bulletin statistique 2012.

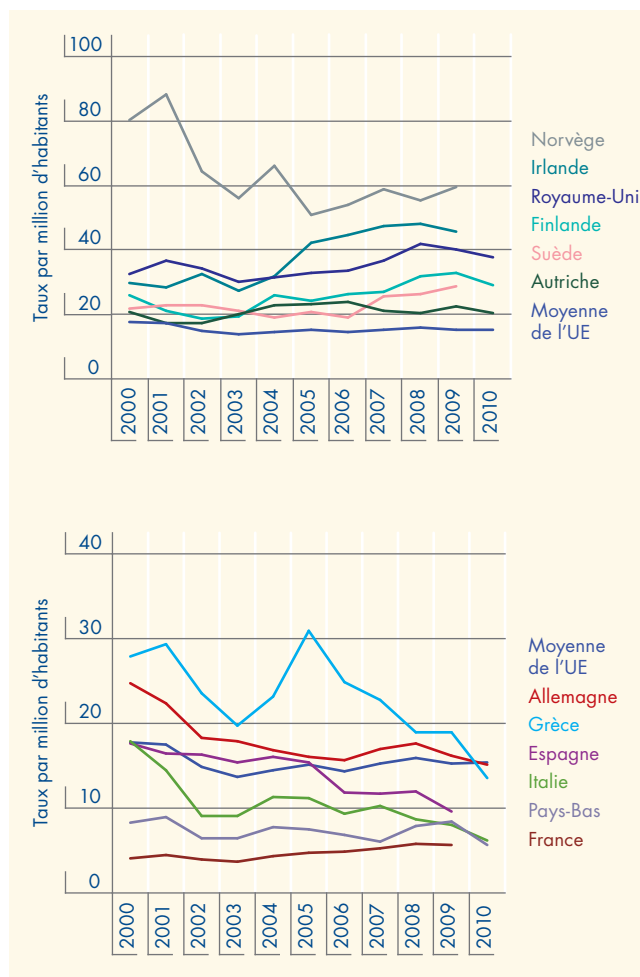
<sup>(124)</sup> Pour les données sur les décès liés à d'autres drogues que l'héroïne, voir le tableau DRD-108 du bulletin statistique 2012.

<sup>(125)</sup> Pour de plus amples informations sur les nouvelles substances et le système européen d'alerte précoce, voir le chapitre 8.

<sup>(126)</sup> Voir les graphiques DRD-8 et DRD-11 du bulletin statistique 2012.



**Graphique 19** — Tendances des taux de mortalité liée à la drogue dans la population générale dans une sélection d'États membres d'avant 2004 et en Norvège — Pays présentant des taux supérieurs à la moyenne de l'UE en 2010 (en haut) et inférieurs à la moyenne de l'UE (en bas)



NB: La moyenne de l'UE est calculée pour les 27 États membres de l'UE et la Norvège. La valeur de 2010 est provisoire, car des données n'étaient disponibles que pour 20 pays. Les données sont présentées pour la Norvège et les États membres d'avant 2004 qui ont déclaré plus de 100 décès dus à la drogue pour l'année la plus récente.

### Décès indirectement liés à la consommation de drogue

En combinant les données existantes d'Eurostat et de la surveillance du VIH/sida, l'OEDT a estimé que quelque 1 830 personnes sont décédées d'une contamination par le VIH/sida imputable à la consommation de drogue dans l'Union européenne en 2009 <sup>(127)</sup>; près de 90 % de ces décès sont survenus en Espagne, en France, en Italie et au Portugal. Parmi les pays affichant des taux estimés bien supérieurs à ceux des autres pays, les taux de mortalité due au VIH/sida attribués à l'usage de drogue par injection ont diminué en Espagne, en Italie et au Portugal, mais augmenté en Lettonie et en Lituanie, comparativement

à 2008. Les épidémies de VIH récemment observées parmi les usagers de drogue par injection en Grèce et en Roumanie (OEDT et ECDC, 2012) nécessiteront un suivi étroit concernant les soins aux patients et les taux de décès liés au VIH/sida.

Les autres maladies à l'origine d'un certain nombre de décès chez les toxicomanes incluent des affections chroniques telles que les troubles hépatiques, essentiellement dus au virus de l'hépatite C (VHC) et souvent aggravés par une forte consommation d'alcool et une coïnfection au VIH. Les conséquences d'une infection au VHC peuvent s'avérer particulièrement graves pour les usagers de drogue, des données probantes suggérant que cette infection peut doubler leur risque de décès lié à la drogue et qu'elle peut correspondre au risque élevé de décès liés à la drogue parmi les usagers de drogue plus âgés (Merrall e.a., 2012). Les décès provoqués par d'autres maladies infectieuses sont plus rares. D'autres causes de décès chez les toxicomanes, telles que le suicide, les traumatismes et les homicides, ont fait l'objet d'une attention nettement plus réduite, en dépit de leur impact considérable sur la mortalité.

Alors que la mortalité liée au VIH chez les usagers de drogue affiche une tendance à long terme descendante, les autres causes de mortalité ne montrent que peu de signes de diminution ces dernières années, cela malgré l'application à plus grande échelle du traitement, notamment le traitement de substitution aux opiacés, et d'autres services. Une série de facteurs liés entre eux peuvent contribuer à expliquer ce problème très difficile. Outre les facteurs mentionnés précédemment, qui concernaient spécifiquement les facteurs de risque de décès dus à la drogue, ces autres facteurs comprennent: la consommation d'alcool et d'autres drogues, une très mauvaise santé, la comorbidité ainsi que l'exclusion sociale et la marginalisation. Si ce coût sanitaire majeur associé à la consommation de drogue doit être réduit en Europe, il importe de réaliser de nouveaux efforts pour mieux comprendre et cibler les facteurs directs et indirects associés à la mortalité parmi les usagers de drogue à problèmes.

### Réduction des décès liés à la drogue

Réduire le nombre de vies perdues à cause de l'usage de drogue est une priorité politique essentielle dans la majorité des pays européens; pour seize d'entre eux, cette ambition est un objectif inscrit dans leurs documents de politique antidroque nationale ou régionale ou fait l'objet d'un plan d'action spécifique. Dans certains autres pays européens, comme l'Autriche et la Norvège, les augmentations des décès liés à la drogue observées au

<sup>(127)</sup> Voir le tableau DRD-5 (partie iii) du bulletin statistique 2012.

cours des années précédentes ont attiré l'attention sur la nécessité d'améliorer les réponses.

Le fait d'être en traitement réduit de manière significative le risque de mortalité chez les toxicomanes; du fait de son meilleur profil de sécurité pharmacologique, la buprénorphine est le médicament recommandé pour le traitement d'entretien dans certains pays <sup>(128)</sup>. Une combinaison de buprénorphine et de naloxone <sup>(129)</sup> a obtenu une autorisation de mise sur le marché dans la moitié des pays européens <sup>(130)</sup>. Pour les usagers de drogue qui entament un traitement ou en sortent, des risques considérables liés à la tolérance à la drogue ont également été identifiés. Des études révèlent que le risque d'un décès dû à la drogue en cas de rechute après un traitement ou dans les semaines suivant la sortie de prison est extrêmement élevé.

Outre l'amélioration de l'accès au traitement de la toxicomanie, d'autres interventions visent à réduire les risques de surdose chez les toxicomanes, notamment par des formations et des informations sur le risque de surdose. Une formation aux surdoses associée à une prise à domicile de naloxone est une approche qui pourrait éviter des décès par surdose d'opiacés. En 2011, les deux tiers des pays européens ont rapporté que le personnel ambulancier était formé à l'utilisation de la naloxone; dans un peu plus de la moitié des pays, cette substance est désignée comme faisant partie des médicaments standards à bord des ambulances. Seuls l'Italie, la Roumanie et le Royaume-Uni mentionnent l'existence de programmes communautaires de réduction des risques, dans le cadre desquels de la naloxone à prendre à domicile est fournie aux consommateurs d'opiacés, à leur famille et aux soignants. Des barrières légales persistent dans d'autres pays européens, notamment l'Estonie, pays affichant le taux le plus élevé de mortalité liée à la drogue parmi les adultes (de 15 à 64 ans) dans l'Union européenne. Au Royaume-Uni, il a toutefois été démontré que, avec un minimum de formation, le personnel médical, y compris les travailleurs des services aux toxicomanes, peut accroître

ses connaissances, ses compétences et sa confiance afin de pouvoir gérer une surdose d'opiacés et administrer de la naloxone (Mayet e.a., 2011).

La majorité des pays font état de la distribution de matériel d'information sur le risque de surdose, souvent produit en plusieurs langues pour atteindre les toxicomanes immigrés, par des agences et des sites internet spécialisés dans la toxicomanie et, plus récemment, par des messages téléphoniques et des courriels. Entre 2008 et 2011, trois pays supplémentaires ont déclaré assurer une couverture complète ou étendue de matériel d'information sur le risque de surdose.

Par ailleurs, des soins et une aide supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires pour répondre aux besoins de groupes vulnérables de toxicomanes, par exemple ceux infectés par le VIH ou les usagers de drogue plus âgés. Une évaluation des risques de surdose, à réaliser par des travailleurs des services aux toxicomanes ou des services médicaux formés en la matière, peut faciliter l'identification précoce des personnes à haut risque et éventuellement avoir un effet catalyseur pour réduire les risques. Les experts nationaux indiquent qu'une évaluation des risques de surdose suffit à répondre aux besoins de la majorité des consommateurs d'opiacés dans moins de la moitié des pays européens. Or, une augmentation considérable (44 %) a été observée en la matière entre 2008 et 2011.

Des interventions hautement ciblées, comme les salles de consommation de drogue sous surveillance, permettent d'atteindre des sous-groupes spécifiques de toxicomanes fortement marginalisés et contribuent à réduire la morbidité et la mortalité. Au Danemark, en 2011, une organisation privée a établi à Copenhague une salle d'injection mobile offrant un environnement d'injection plus sûr et une surveillance médicale <sup>(131)</sup>. À l'instar des salles de consommation de drogue sous surveillance installées en Allemagne, en Espagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Norvège, cette nouvelle structure au Danemark est équipée afin de réduire l'incidence des surdoses non mortelles.

<sup>(128)</sup> Voir les lignes directrices relatives au traitement sur le portail des meilleures pratiques.

<sup>(129)</sup> La naloxone, qui inverse les effets des opiacés, est largement utilisée dans les hôpitaux et la médecine d'urgence.

<sup>(130)</sup> Voir le tableau HSR-1 du bulletin statistique 2012.

<sup>(131)</sup> Pour de plus amples informations, voir le site internet de Mobile Fixerum.