



emcdda.europa.eu

Synthetic drugs

EMCDDA 2001 selected issue

In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

Questions particulières

fiables, il semble que globalement les programmes d'échange de seringues dans la plupart des pays disposant de données ne fournissent pas encore un nombre suffisant d'aiguilles propres pour les UDVI, à l'exception peut-être du Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) et de l'Espagne.

Une étude française indique qu'un usager quotidien (au cours du mois qui précède) procéderait en moyenne à 3,6 injections par jour, soit plus de 1 300 injections par an par UDVI quotidien (93 % de l'échantillon d'individus échangeant leurs aiguilles étaient des UDVI quotidiens) (11). Cette moyenne dépend néanmoins en grande partie des substances injectées (les consommateurs d'opiacés qui s'injectent également de la cocaïne pourraient présenter un taux plus élevé) ou des revenus (les UDVI ayant peu de ressources sont susceptibles d'avoir moins souvent recours à l'injection). Des estimations de meilleure qualité et spécifiques aux pays sur la taille de la population d'UDVI et le nombre d'injection sont nécessaires pour évaluer la couverture des programmes d'échange de seringues et ainsi leur capacité à prévenir efficacement les infections liées à la drogue (27) (28).

Sources

- (1) Darke, S., Kaye, S., et Ross, J., «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, vol. 94, 1999, p. 1795-1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., et Montoroso, E., «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban Health*, vol. 77, 2000, p. 396-414.
- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., et Vlahov, D., «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G., e.a., «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C», *Hepatology*, 2001 (à paraître).
- (5) European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report, 1998.
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D., e.a., «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, vol. 2, 1999, p. 174-177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O'Sullivan, P., et Thornton, L., «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sci*, vol. 170, 2001, p. 32-34.
- (8) Point focal national italien (rapport national 2000 à l'OEDT).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., Alcabes, P., «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, vol. 12 (supplément A), 1998, p. S217-S223.

- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S., e.a., «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-96: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, vol. 40, 2000, p. 176-183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., et Lert, F., «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, vol. 4, p. 597-606.

Drogues synthétiques

Cette section vient compléter les informations et les analyses présentes dans d'autres sections du présent Rapport annuel en fournissant un résumé des principales questions, préoccupations et défis entourant les drogues synthétiques.

Propagation de la consommation

Alors que le tableau global en 2000 confirme que la propagation de la consommation de drogues synthétiques dans l'UE s'est stabilisée, on observe encore des tendances à la hausse pour l'ecstasy dans quelques régions, certaines villes ou certains lieux de vacances étant plus susceptibles d'attirer les jeunes touristes européens en raison de leur situation géographique et de l'importance de l'offre d'événements destinés aux jeunes. Plus généralement, les zones urbaines où les cultures de jeunes se sont établies peuvent encore constituer un lieu d'ancrage et de développement des «drogues récréatives».

L'analyse croisée des enquêtes qualitatives suggère que la consommation de drogues synthétiques s'est étendue au-delà des milieux «techno» vers les discothèques, les clubs et aussi les soirées privées. D'autres environnements ont également été signalés. Par exemple, en 1998, une étude a montré que, en Grèce, 35 % des étudiants consommateurs d'ecstasy ont pris cette drogue à l'occasion de matchs de football.

Comportements et modèles de consommation

En ce qui concerne les comportements, la tendance n'est pas de consommer une drogue particulière plutôt qu'une autre, mais d'utiliser différentes drogues selon les besoins et les situations.

Certains États membres montrent que le comportement des jeunes évolue. Cette question devrait donner lieu à des recherches plus approfondies.

(27) Tableau 7 EL — Offre, utilisation et couverture des programmes d'échange de seringues destinés aux UDVI et couverture des pharmacies dans certains pays de l'UE, selon les rapports des points focaux nationaux, 2000 (version en ligne).

(28) Tableau 8 EL — Conseils et tests concernant le dépistage du VIH, le traitement du VIH et la vaccination contre le virus de l'hépatite B fournis aux UDVI dans certains pays européens, selon les rapports des points focaux nationaux, 2000 (version en ligne).

Que sont les drogues synthétiques?

Le terme «drogue synthétique» désigne les substances psychoactives fabriquées par un processus chimique dont les principaux éléments psychoactifs ne sont pas dérivés de substances présentes à l'état naturel. Le terme «drogue synthétique» a commencé à être utilisé comme synonyme des drogues liées à la danse et à des fins récréatives à la suite de l'apparition de l'ecstasy (MDMA) et autres substituts d'amphétamines en anneau dans les milieux festifs de la drogue, bien que les drogues non synthétiques, telles que le cannabis, la cocaïne et les champignons magiques, soient également consommées dans ces lieux. Les drogues synthétiques dont l'usage illicite est répandu depuis longtemps comprennent les amphétamines et le LSD (acide lysergique diéthylamide) alors que l'usage illicite de l'ecstasy (MDMA) et d'autres drogues répertoriées dans la liste d'Alexander Shulgin Pihkal ⁽¹⁾ est beaucoup plus récent. La production possible d'autres nouvelles drogues synthétiques vendues comme une alternative au MDMA ou ajoutées aux comprimés de MDMA fait l'objet d'une préoccupation croissante. La facilité de production de nombreuses «drogues synthétiques» représente un défi majeur pour les efforts visant à réduire l'offre, étant donné que les laboratoires peuvent être créés et déplacés relativement aisément.

Certaines drogues synthétiques ont des effets hallucinogènes et sont des stimulants ou des déprimeurs du système nerveux central (SNC). Le GHB est notamment un déprimeur. Il existe également des opiacés synthé-

tiques tels que la méthadone, la péthidine (MPPP, MPTP), le fentanyl, le méthyl-3 fentanyl, etc.

Les drogues «designer» sont des composés chimiques analogues aux drogues contrôlées. Les producteurs illégaux modifient légèrement la structure moléculaire d'une substance interdite afin d'obtenir des effets pharmacologiques similaires ou plus forts, évitant ainsi les poursuites. L'action commune de l'UE sur les nouvelles drogues synthétiques (voir l'encadré à la page 52) a été lancée en juin 1997 dans la perspective de prévenir et/ou limiter l'extension de ces pratiques.

Les amphétamines sont aussi des drogues synthétiques. Elles peuvent être absorbées par injection, comme en Finlande et en Suède, ou consommées sous forme de comprimés ou de poudre. Les amphétamines sont souvent mélangées dans des comprimés identiques à ceux d'ecstasy avec du MDMA ou des substances analogues à l'ecstasy.

Les métamphétamines sont des dérivés méthylés des amphétamines (principalement mais pas exclusivement modifiés par déplacement d'atome). Elles regroupent la «méthédrine» ainsi que le «cristal» et la «glace» qui sont des formes fumables.

(1) A. et A. Shulgin (1991), *Pihkal: a chemical love story*, Transform Press.

- La plupart des pays rapportent des modèles de consommation très changeants pour un large public consistant à expérimenter et/ou combiner différentes substances pour se «défoncer» et/ou modérer les effets respectifs.
 - Aux Pays-Bas, le phénomène d'«abandon progressif de l'ecstasy» est en cours d'évaluation. Les raisons expliquant cette tendance comprennent plusieurs facteurs, par exemple, qu'il n'existe aucun label de la composition exacte ou une sensibilisation accrue (grâce aux médias) des effets secondaires adverses sur l'humeur et l'état émotionnel. La question de savoir si la cocaïne constitue une alternative en tant que stimulant de base avec des effets prévisibles et connus est également posée. L'association de la cocaïne et de l'alcool est, selon les usagers expérimentés, un «bon mélange», alors que la consommation d'ecstasy associée à l'alcool est considérée comme plus difficile à gérer.
 - En ce qui concerne les usagers d'ecstasy à problème, certaines études sur la toxicomanie soulignent que le potentiel de la substance elle-même à créer une dépendance peut avoir un rôle moindre par rapport aux modèles de dépendance non chimiques et comportementaux qui sont liés à la substance.
- Tous les États membres attachent une importance particulière, à l'heure d'élaborer leurs stratégies, à la différenciation des groupes d'usagers de drogues synthétiques. On peut procéder à une première différenciation très rudimentaire des usagers d'ecstasy.
- Les *consommateurs excessifs*. Même si le potentiel de dépendance du MDMA est faible, une minorité d'usagers a un modèle de consommation compulsif — plus d'une fois par semaine, plus d'un comprimé par prise, utilisation de nombreuses autres substances, participation active à des soirées organisées le week-end et

Questions particulières

manque de sommeil. Ils font souvent partie d'un réseau au sein duquel la consommation de drogues est très courante.

- Les *usagers prudents*, dont le modèle de consommation est moins large.
- Les *consommateurs occasionnels*, qui sont moins conscients des risques potentiels.

L'usage combiné de différentes substances, licites et illicites, est un modèle de comportement commun chez les jeunes dont le mode de vie est festif (bars, discothèques, «rave», soirées techno et soirées privées). La polytoxicomanie — qui consiste à mélanger ou consommer en alternance toute une gamme de substances synthétiques et non synthétiques — est la principale tendance et l'«autogestion» de la polytoxicomanie en fonction du contexte est un modèle de consommation prédominant.

Le passage d'une substance à une autre et la polytoxicomanie sont liés dans une certaine mesure à la disponibilité de différentes substances et aux opportunités. Les stratégies individuelles ou de groupe sont souvent prépondérantes dans l'obtention d'une substance particulière et la dynamique de groupe joue un rôle essentiel.

Il convient de distinguer les substances qui sont considérées comme plus adaptées aux concerts et les autres drogues (telles que les drogues d'après la danse ou non liées à la danse) ou les substances expérimentées dans le cadre d'un cercle d'initiation mené par des consommateurs expérimentés qui ont une connaissance au moins empirique des dosages et des effets secondaires. Pour quelques drogues synthétiques, l'absence d'environnement de ce type pourrait présenter des risques plus importants.

Disponibilité des substances

Le MDMA est encore la substance préférée du marché de l'ecstasy et se présente sous différents labels et différents noms. Par exemple, le laboratoire allemand de police criminelle à Wiesbaden qui a suivi des comprimés portant un logo «Mitsubishi» avec trois diamants triangulaires a publié une liste de plus de 200 substances finales différentes.

Des comprimés de MDMA surdosés ont été détectés grâce à des saisies et des analyses toxicologiques ou des tests de comprimés sur le terrain par des équipes de

prévention à l'occasion de concerts, permettant ainsi de communiquer rapidement leurs caractéristiques à tous les États membres de l'UE dans le cadre du système européen d'alerte rapide.

Il convient de suivre de près l'augmentation du nombre de médicaments psychotropes, tels que la kétamine, détournés des sources légitimes.

Les amphétamines (ou «speed»: sulfate d'amphétamine) semblent bénéficier d'un degré de pureté inférieur et être moins disponibles. Les pays scandinaves sont toujours le principal marché pour les amphétamines destinées à l'injection et le Royaume-Uni pour les amphétamines non destinées à l'injection.

La consommation moyenne de métamphétamines est encore très limitée dans l'UE. Toutefois, selon Europol⁽²⁹⁾, les preuves de production (laboratoires démantelés) ont été confirmées pour l'Allemagne et les Pays-Bas. L'Estonie et en particulier la République tchèque sont également impliquées dans la production et le trafic. Les métamphétamines, probablement fabriquées en République tchèque ont progressivement remplacé les amphétamines pour les consommateurs en Bavière et en Saxe, deux Länder allemands limitrophes. Plusieurs saisies de cette substance ont été rapportées à Europol en 1999 par les agences de répression en Allemagne, aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède.

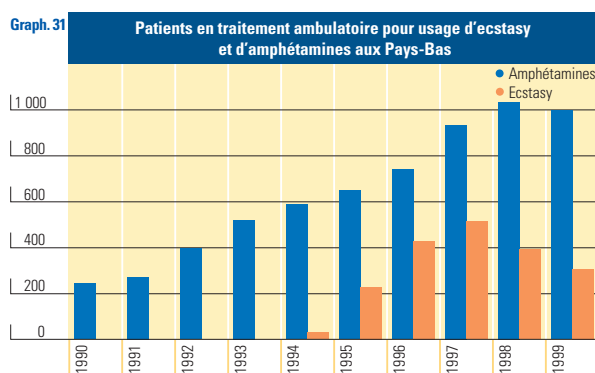
Bien qu'il soit encore présent dans le monde de la drogue, le marché du LSD et autres hallucinogènes s'est stabilisé ou nivelé dans la plupart des États membres.

Données de traitement

Les données de traitement, qui constituent une indication sur le niveau de consommation problématique de drogues, couvrent très peu les drogues synthétiques à l'exception des amphétamines à injecter. L'ecstasy est rarement enregistrée comme la drogue principale des demandes de traitement, les patients étant généralement polytoxicomanes. Le niveau élevé des demandes de traitement pour consommation d'amphétamines comme principale drogue en Finlande et en Suède peut s'expliquer par le modèle historique d'injection du sulfate d'amphétamine dans ces pays.

Aux Pays-Bas, la mise en place d'une entrée spécifique pour l'usage d'ecstasy en 1994 a permis d'obtenir en 1995 un enregistrement complet dans le système de soin ambulatoire. Les chiffres montrent une tendance à la

⁽²⁹⁾ Rapport Europol 2000, La Haye, Pays-Bas.



baisse des demandes de traitement pour consommation d'ecstasy depuis 1997, en tenant compte de l'augmentation initiale au cours de deux années précédentes, peut-être en raison — du moins en partie — de meilleures méthodes d'enregistrement. Ainsi, l'ecstasy ne concerne pas plus de 1 % de l'ensemble des patients (et les amphétamines 3,1 %). En 1999, le nombre de patients consommant de l'ecstasy en tant que drogue secondaire était deux fois plus important que le nombre de patients dont l'ecstasy était la drogue principale, ce qui est cohérent avec le fait que les consommateurs d'ecstasy sont généralement polytoxicomanes.

Risques pour la santé

Bien que les informations à ce sujet soient rares et mal documentées, les substances du type de l'ecstasy peuvent être à l'origine de problèmes graves, notamment s'ils sont associés à d'autres drogues licites ou illicites (telles que le GHB et l'alcool), et s'ils sont mélangés à d'autres drogues dont le potentiel de conséquences néfastes graves est moindre, ou lorsque les comprimés sont très surdosés et/ou pris de façon répétée sur une courte période.

Les médecins hospitaliers soulignent l'importance des comportements à risque (tels que la recherche compulsive d'un «flash» et l'ignorance de la composition et/ou des effets) par rapport à la toxicité d'une substance en particulier isolée de son contexte et de son mode de consommation. Le passé médical de l'individu peut également s'avérer déterminant.

Dans la plupart des cas, le diagnostic est une polyintoxication, car il est impossible d'incriminer une substance plutôt qu'une autre.

Pour comprendre la nature et les risques potentiels à long terme ainsi que les aspects neuropsychiques qui surgissent souvent dans les cas d'intoxication aiguë, la priorité pour les médecins hospitaliers est désormais le suivi des intoxications non mortelles parmi les jeunes consommateurs d'ecstasy (principalement lorsqu'elle est associée à d'autres drogues).

La consommation à long terme peut produire des effets préjudiciables. Les effets réversibles ou non sur le cerveau sont encore en discussion. Pour les grands consommateurs d'ecstasy, on relève de plus en plus des preuves de dommages des neurones sérotonergiques. Les résultats cliniques suggèrent des déficits cognitifs, mais les projets de recherche dans ce domaine (en cours aux États-Unis et au Royaume-Uni) sont encore peu nombreux.

Décès liés à la prise de drogues synthétiques

Depuis que des actions de proximité et autres mesures de prévention ont été prises lors de soirées «techno/house» et de fêtes, on observe une diminution des incidents mortels par rapport au début des années 90, du moins dans les pays où les cas d'urgence sont enregistrés et documentés.

La surdose apparente d'amphétamines ou de dérivés phénylpropanolamines, lorsque ces dérivés ont été considérés comme la principale cause de la mort, correspond à 50 % des cas mortels aux Pays-Bas entre 1994 et 1997. Dans les autres cas, des dérivés d'amphétamines étaient présents, mais la mort a été attribuée à d'autres drogues et/ou à l'alcool ou à des causes inconnues.

Une nouvelle drogue de synthèse, le méthylthioamphétamine-4 (4-MTA, désigné dans la rue par «flatliner») a été impliquée dans un certain nombre de décès dans l'UE (quatre décès au Royaume-Uni et un aux Pays-Bas). Une autre «nouvelle» drogue synthétique, le GHB (gamma-hydroxybutyrate), a également été liée à certains décès, généralement en association avec l'alcool et/ou d'autres drogues. Ces deux substances ont fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation des risques dans le cadre de l'action commune de l'UE sur les nouvelles drogues synthétiques (voir l'encadré à la page 52).

Réponses

Les réponses à la consommation de drogues synthétiques sont organisées suivant différents niveaux d'intervention.

La *prévention primaire* vise principalement à fournir des informations sur les drogues synthétiques, généralement avec des campagnes d'information publiques et des interventions dans les écoles.

Les *activités de réduction des risques/travail de proximité dans les lieux festifs* comprennent des zones de repos, des tests de comprimés, des tracts d'information et des bureaux sur le terrain. On relève également des initiatives «autogérées» dans le milieu techno qui visent à inclure

Questions particulières

des informations sur les drogues synthétiques et les substances associées dans diverses activités musicales.

L'information des consommateurs sur les risques de mélanger des substances (notamment l'alcool) et le dépistage rapide de nouveaux groupes à risque parmi les jeunes sont désormais considérés comme essentiels.

L'objectif des réponses sanitaires rapides est de fournir des informations ciblées sur la prévention qui permettent aux professionnels dans les salles d'urgence et les unités antipoison, aux médecins généralistes, aux agents de santé sur le terrain, etc., de détecter et de mieux répondre aux cas d'intoxication aiguë. En France, depuis 1998, Médecins du monde assure une permanence d'assistance médicale pendant les raves et autres «free parties». Les difficultés comprennent le manque de documentation clinique sur les cas d'intoxication aiguë, et l'impossibilité de se référer au passé médical des individus.

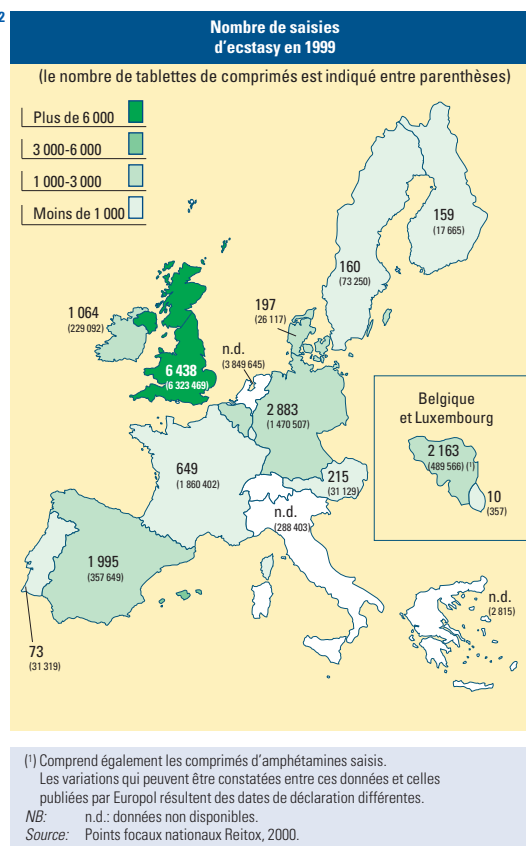
Même si leur profil de consommation de drogues est moins problématique, les «nouveaux» consommateurs de drogue (nouveaux consommateurs ou consommateurs expérimentés qui ne sont pas connus des services de traitement) devraient recevoir de meilleures informations sur la façon d'identifier les signes de consommation problématique de drogues et le besoin d'assistance. La perception d'un individu de son état de santé, la prise de conscience de perdre le contrôle de l'usage «autogéré» et les connaissances sur l'accès aux services de conseil sont des indicateurs possibles qui doivent être associés aux actions préventives de proximité. Toutefois, le manque de diversité et/ou de pertinence de l'offre de traitement existante peut limiter les effets de ces efforts.

Réduction de l'offre

Selon Europol (rapport annuel 2000), les Pays-Bas sont toujours le premier pays producteur et exportateur d'ecstasy: 36 sites de production ont été identifiés en 1999. Cette même année, 4 laboratoires ont été démantelés en Belgique, 2 en Espagne et 1 en Allemagne. Un des plus importants laboratoires d'amphétamines sans précédents a été démantelé en Grèce en février 2000. La production et l'exportation impliquent également un certain nombre de pays d'Europe de l'Est (la Bulgarie, la Pologne et la République tchèque) et les États baltes.

De 10 à 20 % des drogues synthétiques destinées au marché du Royaume-Uni sont par exemple produites au Royaume-Uni alors que le reste serait fabriqué sur le

Graph. 32



continent (principalement en Belgique et aux Pays-Bas) et pénètre au Royaume-Uni via les ports de la Manche ou les aéroports.

Le prix de gros moyen (par kilogramme) pour les comprimés vendus sous le nom d'ecstasy oscille entre 4 et 5 euros par comprimé, avec le prix le plus bas relevé au Portugal, 1 euro, et le plus élevé de 13 euros au Danemark (30). Le prix de vente au détail moyen varie entre 4 et 28 euros par gramme, avec un prix minimal de 4 euros aux Pays-Bas et le maximum de 34 euros au Danemark.

Nouvelles initiatives et défis pour l'élaboration de politiques

Les drogues synthétiques font l'actualité politique malgré les preuves scientifiques limitées en termes de risque pour la santé publique. Leur haut niveau de consommation parmi les groupes socialement bien intégrés, leur rôle en tant que modèle de référence dans la culture jeune et le fait que la production et le trafic se déroulent en Europe (tant pour les marchés intérieurs qu'extérieurs) constituent une forte pression incitant à mener des actions européennes responsables.

(30) Dernières données: juillet 1999. Les prix varient au sein des différents États membres selon le degré de pureté, les quantités achetées et le lieu d'achat (Source: Europol, rapport annuel 2000).

Les drogues synthétiques et l'évaluation des risques qu'elles présentent sont progressivement intégrées à une vision plus large des modèles de consommation et des comportements changeants, des sous-cultures et des évolutions. Cela a conduit aux actions suivantes:

- établissement de canaux de communication efficaces entre les différents acteurs participant aux systèmes de réponse rapide;
- amélioration de la communication entre les informations à fondement scientifique et les réponses politiques;
- amélioration de la capacité à obtenir des informations spécifiques sur les drogues synthétiques et plus généralement sur les nouvelles tendances en matière de consommation de drogues grâce aux estimations de prévalence nationales et locales, aux enregistrements des demandes de traitement, tout en tenant compte de l'orientation principale des services de traitement pour les consommateurs d'opiacés.

L'action commune de l'UE sur les nouvelles drogues synthétiques

Entre 1998 et 2000, le «système d'alerte rapide» de l'action commune de l'UE pour la collecte et l'échange rapide d'informations sur les nouvelles drogues synthétiques a détecté un certain nombre de substances qui sont apparues sur le marché illégal dans l'UE. Les rapports intermédiaires communs résumant les informations collectées au cours de cette première phase ont été présentés par l'OEDT et Europol au groupe horizontal «Drogues» du Conseil de l'Union européenne. Lors d'une deuxième phase, à la suite d'une demande du Conseil, quatre de ces substances — le MBDB, le 4-MTA, le GHB et la kétamine — ont été soumises à une évaluation des risques par le comité scientifique élargi de l'OEDT.

À partir du rapport sur l'évaluation des risques et d'un avis de la Commission européenne, une des nouvelles drogues synthétiques, le 4-MTA, fait l'objet de mesures de contrôle dans tous les États membres de l'UE par décision du Conseil du 13 septembre 1999.

D'autres nouvelles drogues synthétiques, telles que le PMMA, le 2-CT-5 et le 2-CT-7, ont récemment été détec-

tées grâce au «système d'alerte rapide» de l'action commune et sont actuellement contrôlées conjointement par l'OEDT et Europol, en étroite coopération avec la Commission européenne et l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMEA).

En tant qu'instrument permettant de définir si une substance particulière doit être placée sous contrôle ou non au niveau de l'UE, l'action commune fournit également aux États membres et aux institutions européennes des analyses régulières dans le cadre de la consommation de drogues à des fins récréatives et donne des indications rapides sur les tendances en matière de trafic des drogues synthétiques. Les exercices d'évaluation des risques fournissent des informations importantes pour les décideurs politiques dans le cadre de leur réflexion sur les options possibles pour une approche équilibrée entre les mesures de répression et de prévention.