



S'il faut être attentif à l'état de la planète que nous léguerons à nos enfants, il est majeur de nous préoccuper de l'état des enfants que nous lui léguerons--

Lettre N° XXXI Septembre 2014
Président Pr. J. Costentin
Editeur en chef Pr. J.-P. Tillement

Et l'on reparle des « salles de shoots » pour toxicomanes « *Perseverare diabolicum* »

Professeur Jean Costentin
Président du CNPERT

Le spectre des «salles de shoots» pour toxicomanes, ou (selon la nomenclature politiquement correcte) salles de consommation contrôlée des stupéfiants, refait surface. La ministre de la Santé, dont le projet sur ces salles avait été retoqué en octobre 2013 par le Conseil d'état, (puisqu'il contrevenait à la loi de 1970 sur la prohibition des stupéfiants), revient à la charge. Elle vient de rédiger un nouveau projet qui sera soumis très vite au Parlement. Cela relèverait-il des urgences législatives propres à résoudre les énormes problèmes auxquels notre pays est confronté ? À moins qu'il ne s'agisse d'une diversion pour les occulter ? Quand on n'a pas d'autre « grain à moudre », ce peut être pour donner quelques satisfactions à ses idéologues amis. Si cela ne coûte pas trop dans l'instant on sait qu'à terme le coût social, sociétal, sanitaire, économique, serait prohibitif. C'est ce qui adviendrait si la représentation nationale cédait à cette facilité de l'instant.

L'assemblée nationale accepterait alors que soit pratiqué, aux frais de la collectivité, en des lieux dédiés à ces administrations de drogues, ce que la loi interdit à l'extérieur de ces salles.

- Ce serait une rupture avec la logique médicale, qui veut évidemment que l'on ne traite pas un patient victime d'une auto-intoxication en facilitant son accès au toxique et en sécurisant cette administration. On sait que cette sécurité incite à l'augmentation des

doses administrées et, partant, conduit, avec une fréquence accrue, à des surdosages (« overdoses »). La réduction de leur mortalité tient seulement au fait qu'elles sont rattrapées plus vite et plus efficacement par le praticien de garde. L'association Drug Free Australia avait démontré, dès 2006, que les risques d'overdoses étaient 36 fois plus élevés chez les toxicomanes fréquentant ces salles de shoots que chez ceux qui se piquaient dans les rues. Ceci a été corroboré au Canada par le constat d'une augmentation régulière de l'utilisation de la naloxone (Narcan®), utilisée pour la réanimation des surdoses morphiniques. La présence rassurante d'une équipe médicale, incite en effet le toxicomane à recourir aux plus fortes doses.

- Ce serait une rupture avec le sens de la responsabilité médicale, puisque ces salles mobiliseraient un médecin pour assister à l'injection intra-veineuse d'un produit de nature non définie, non contrôlée, en concentration inconnue, non stérile, non apyrogène, mélangé le plus souvent (coupage) avec des ingrédients variés ; dans l'attente d'un accident pour tenter d'y porter remède. Si au sortir de ces salles de shoots, le « bénéficiaire » de ces mauvais traitements se livrait à des exactions, des agressions, ou provoquait un accident, le médecin, en conscience, pourrait-il ne pas s'en sentir, au moins en partie, responsable ?

- Ce serait une rupture avec l'éthique médicale, qui interdit au médecin de nuire (« *primum non nocere* ») et de contribuer à pervertir / corrompre les mœurs. Ces salles de shoots seraient de très mauvais signaux adressés aux toxicomanes et à ceux qui ne le sont pas (encore).

- Ce serait une rupture de la logique publique. Avant de sauter dans le vide, le législateur devrait tirer parti des expériences effectuées à l'étranger, en s'enquérant tout d'abord du nombre (à peu près nul) d'individus que cette pratique a libéré de l'enfer des drogues. Il apprendrait en outre que l'ouverture

de ces salles de shoots a coïncidé avec l'accroissement du nombre de toxicomanes. Ce constat a été fait en Allemagne, où la réduction, sur un an, d'un cinquième du nombre de décès par overdose, a coexisté avec (à partir de chiffres considérablement plus élevés) une augmentation de 15% du nombre de toxicomanes. Si le lien de causalité n'est pas établi, on ne peut, néanmoins, s'étonner que l'atténuation de l'image répulsive des drogues contribue à un plus large recrutement de leurs consommateurs. Ces salles dissimulent au regard du public le terrifiant spectacle que présentent les victimes de la drogue ; elles donnent une sensation de plus grande sécurité à ceux qui hésitent à franchir le pas ; elles contribuent à la banalisation des drogues ; elles traduisent une plus grande permissivité de la société à leur égard. Ces salles ont pour corollaire l'installation, à leur entour, d'espaces où le deal des drogues sera toléré / accepté et où la police aura la consigne de ne pas se manifester.

En matière de réduction des risques, le plus important d'entre tous est celui d'un plus grand recrutement de nouvelles victimes des toxicomanies.

La réduction de la transmission des hépatites B et C ainsi que du SIDA est un argument fallacieux, car la libre acquisition des seringues et même leur gratuité (coffrets Steribox), ont fait que les toxicomanes qui seraient accueillis dans ces salles seraient contaminés de longue date s'ils ne s'étaient interdit, depuis le début de leur pratique d'injections, l'échange de seringues et d'aiguilles. Les contaminations par ces virus sont désormais essentiellement sexuelles, et rien n'empêcherait qu'au sortir de ces salles, sous l'empire de la drogue, les sujets intoxiqués se livrent à des ébats sexuels sans préservatif.

La France n'est pas en retard sur les pays que la ministre voudrait, avec ces salles de shoots, nous faire copier. Notre pays a fait beaucoup plus qu'eux en matière de prévention. De telles salles de shoots, en France, seraient un aveu d'échec de notre politique à cet égard et une véritable reddition dans la lutte qui doit être livrée en permanence aux toxicomanies. Notre pays a mis en place, à prix d'or : Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD, environ 150 en France) ; les centres de soins,

d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, environ 260 en France) qui vont fusionner avec les centres de cures ambulatoires en addictologie (CCAA, environ 250 en France), ce qui fera plus de 500 CSAPA ; les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire ; les hébergements d'urgence ou de transition ; les réseaux d'appartements thérapeutiques ; les réseaux de familles d'accueil ; les unités d'hospitalisation spécifiques pour toxicomanes ; les dispensaires de vie (« boutiques ») ; les « sleep-in » ; les centres d'accueil type Croix Rouge ; les centres de dispensation de la méthadone ; les « bus méthadone » (qui vont au-devant des toxicomanes) ; la dispensation, *largá manu*, de la buprénorphine à haut dosage, le trop fameux « *Subu* », si largement galvaudé, trafiqué, détourné, et dont la France est le plus gros dispensateur au monde ! Alors « Halte au feu » ! Avant toute autre chose, revisitons tout cela ; faisons les comptes des dépenses, des résultats, des détournements de procédures... Avant d'engager de nouvelles dépenses, il convient de réévaluer l'intérêt de celles, énormes, qui sont pratiquées et qui n'ont pas su prévenir cette extrémité à laquelle le projet voudrait souscrire.

Le caractère expérimental évoqué, participe à la manipulation de l'opinion. Sa durée de six ans est si longue, qu'elle permettrait, en beaucoup moins de temps, d'oublier ce caractère expérimental initial. D'autant que cette expérience devait à l'origine être unique (quartier de la gare du Nord à Paris), alors que le projet prévoit que ces salles pourront se multiplier à l'envi. Le char de l'état (en France) n'a pas de marche arrière ; notre pays n'a pas la culture de l'expérimentation. Dès que ce qui a fait débat est passé (souvent en force) dans la loi, c'est aussitôt gravé dans le marbre ou l'airain.

Cette responsabilité historique ne peut pas être prise par un parlement dont ceux qui constituent sa « majorité » savent qu'elle n'est plus actuellement représentative de l'opinion des citoyens français.

Nous avons estimé le coût annuel du fonctionnement d'une seule salle de shoots à 1.250.000 Euros ; il en faudrait 200 pour couvrir de façon homogène l'espace national (250.000.000 d'Euros au total). Dans cet hiver économique où s'enfonce notre pays, cette dépense s'apparenterait à une gabegie.

- Ce serait, nous l'avons dit, une rupture avec la loi de 1970. L'Etat, par ces salles, non seulement autoriserait, mais même organiserait, aux frais de la collectivité, l'administration de drogues prohibées à l'extérieur ; il fermerait les yeux, de façon complice, sur le *deal* pratiqué à l'entour. S'agissant de l'assainissement des quartiers où seraient implantées ces salles (argument régulièrement invoqué), les riverains ne s'y trompent pas, puisqu'ils sont « vent debout » contre cette vraie mauvaise idée.

Après avoir légalisé le cannabis à des fins thérapeutiques, en rupture manifeste avec les canons de la pharmacologie moderne, et qui transfigure l'image de cette drogue, devenue bonne pour tout et bientôt bonne pour tous, la même ministre, demeure, là aussi, totalement sourde aux recommandations qui émanent de l'académie nationale de Médecine, ainsi que de l'académie nationale de Pharmacie, lesquelles réunissent en leur sein les spécialistes les plus éminents en matière de clinique, de toxicologie, de pharmacologie, d'épidémiologie ; ces académies ayant, après de longues et mûres réflexions, alimentées par de nombreuses auditions, exprimé leur totale désapprobation. L'idéologie, l'entêtement, pourraient aggraver ces toxicomanies déjà si dévastatrices dans notre pays qui n'a vraiment pas besoin d'ajouter des maux à ceux dont il souffre déjà à un si haut degré.

Le cannabis / THC dans la sclérose en plaque « Mauvaise pioche »

Pr. Jean Costentin

Nous avons déjà dénoncé le caractère aberrant du recours au cannabis et à son THC, fut-il associé futillement au cannabidiol (in Sativex®), chez les patients atteints de sclérose en plaques. Parmi les nombreux arguments que nous inscrivions en faux contre cette vraie mauvaise idée, l'un d'eux concernait les perturbations cognitives s'ajoutant à celles propres à l'affection, chez des patients incités à demander davantage à leur psychisme pour compenser leurs déficiences physiques. Ce qui était qualitativement logique et

évident, est maintenant bien établi et même a été quantifié par Pavisian et coll. (*Effects of cannabis on cognition in patients with multiple sclerosis. A psychometric and MRI study ; Neurology, 2014, 82, 1879-87*). Cette étude a comparé 20 patients atteints de SEP ne consommant pas de cannabis à dix-neuf autres patients qui en consommaient. Leur activité cognitive a été mesurée par neuro-imagerie fonctionnelle et structurelle. Les consommateurs de cannabis présentaient des perturbations plus marquées que les non consommateurs. Au plan structurel leur activation cérébrale était plus diffuse dans les tests de mémoire. Ils faisaient davantage d'erreurs dans les tests de mémoire verbale, de mémoire visuelle et d'attention. Ainsi le cannabis compromet les stratégies de compensation que met en œuvre le cerveau pour pallier ses déficiences, lesquelles sont déjà notables chez le patient victime d'une SEP. Et les auteurs de conclure à leur réserve quant à l'utilisation de cannabis dans cette affection.

Les inévitableables blagounettes

- Suggestion pour une publicité le long de la route qui conduit vers Lourdes :

« Si tu veux parler à Dieu, arrêtes-toi, choisis un endroit calme et parles-lui ; par contre, si tu veux le voir, fumes un pétard en poursuivant ta route ».

-Préférez à une bonne cuite, une servante crue.

-Tristesse du néphalique = humeur aqueuse.

-Pour votre cataracte, buvez de l'eau cristalline.

-Ayant autorisé des salles de shoots, il fit la promotion de l'héroïne, mais maintenant c'est l'Ayrault out

- Anagrammes :

Au-delà de la démesure →

Le radeau de la méduse

Nicotine acharnée →

Réaction en chaîne

Hommage posthume au professeur Pierre Ambroise-Thomas.



Après ces blagounettes, ce n'est pas incongru d'évoquer la mémoire de notre cher Confrère et Ami, le professeur Pierre Ambroise-Thomas. Il s'appliquait souvent, en effet, à dissimuler son sérieux, sa densité staturale, l'intelligence vive de ses propositions, l'importance de ses réalisations, derrière de l'humour et de bonnes histoires, dont beaucoup rimaient avec Pied noir.

Né à Paris, en 1937, il débuta ses études médicales à Alger, qu'il dut quitter en 1962. Il termina ses études à Lyon. Après sa thèse de Médecine (1963) il soutint une thèse de Sciences (1969), puis l'agrégation de parasitologie. Nommé au CHU de Grenoble, il y développa un service de tout premier plan, dédié aux maladies parasitaires et en particulier au paludisme. Expert auprès de l'OMS, son laboratoire fut associé au CNRS. Il effectua de nombreuses missions en Afrique où il comptait de nombreux élèves. Il fut, au ministère de la Santé (madame S. Weil), responsable de la direction de la Pharmacie et du Médicament. Il présida la société de pathologie exotique, ainsi que la fédération internationale de médecine tropicale ; il fut vice-président de la commission des spécialités pharmaceutiques auprès de la communauté européenne. Il participa à l'administration de l'INSERM, du CNRS et fut membre du conseil national des universités. Il présida l'académie nationale de Médecine (2008). Il était officier de la Légion d'honneur.

Il avait adhéré avec enthousiasme à notre CNPERT et ne manquait jamais de nous prodiguer ses encouragements. Il est décédé le 14 mars 2014, laissant tous ses amis dans une grande affliction.

Le CNPERT adresse à toute sa famille l'expression de son hommage à sa grande et belle personnalité, ainsi que ses condoléances les plus sincères.

J. Costentin

Hommage posthume au professeur Georges Mahuzier



Le professeur Georges Mahuzier, membre de notre CNPERT depuis sa création est décédé accidentellement le 10 juillet 2014, dans sa 80^{ième} année.

Pharmacien biologiste, ancien interne des hôpitaux de la Seine, docteur ès Sciences physiques, professeur de chimie analytique et bromatologie à la faculté de pharmacie de l'université Paris XI (Chatenay Malabry).

C'était un spécialiste du dosage des médicaments et de leurs métabolismes.

Il était chef de service du laboratoire de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, où il portait une attention particulière aux dosages des médicaments psychotropes et des drogues.

Il était membre de nombreuses sociétés savantes, membre de l'académie nationale de Pharmacie, dont il fut le secrétaire en 2003.

Il était officier des palmes académiques.

Il suivait attentivement les travaux de notre CNPERT, et fréquentait assidûment les assemblées générales.

Les membres du CNPERT, où il comptait de nombreux amis, assurent son épouse et tous les siens de leur tristesse et de leurs condoléances les plus sincères.

J. Costentin

Nouvelles drogues et substances psychoactives : le combat de l'Europe face à cette prolifération

Pr. Jean-Pierre Goullé.

Comme chaque année, le rapport de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) a été rendu public juste avant l'été, le 27 mai 2014. Il analyse les tendances et les évolutions en matière de nouvelles substances psychoactives (NSP) au cours de l'année 2013, ainsi que les moyens que l'Union européenne (UE) et les états mettent en œuvre pour lutter contre leur prolifération. Il évalue aussi l'incidence des NSP sur la santé publique dans un marché européen en pleine mutation. Le challenge et le défi face à ces problèmes sont permanents. En effet, chaque année, le record du nombre de NSP disponibles en ligne est battu, avec une accélération brutale à partir de 2009. Ainsi le dispositif européen d'alerte précoce, ou Early Warning System (EWS), en a dénombré 81 en 2013 (contre 73, 49, 41, 24, respectivement en 2012, 2011, 2010, 2009, 2008), soit près de 250 en 4 ans, comparées aux 60 les 4 années précédant 2008. Au 31 décembre 2013, l'EWS surveille plus de 350 substances. A elle seule, la nouvelle classe des cannabinoïdes de synthèse apparue en décembre 2008, qui comporte 104 dérivés identifiés fin 2013, représente plus de 50 % de ces NSP (voir la figure des principaux groupes de NSP apparues entre 2005 et 2013).

Internet : un marché en plein essor - davantage de médicaments détectés

Internet exerce une influence grandissante sur les modalités de vente des drogues et pose des problèmes bien particuliers pour ce qui est de mettre un frein à l'offre de substances classiques et nouvelles. La possibilité pour les fabricants, les grossistes, les revendeurs, les hébergeurs de sites web et de traitement des paiements d'être basés dans différents pays rend la situation particulièrement difficile à contrôler. A cela s'ajoute encore le recours croissant à des réseaux anonymes - appelés *darknets* - pour écouler les drogues auprès des dealers et des consommateurs. En 2013, l'UE a recensé 651 sites proposant des *legal highs* ou euphorisants légaux. Un nombre croissant de ces nouvelles drogues sont proposées comme « médicament ». Elles sont également vendues sur le circuit clandestin, tantôt en tant que

produit illicite, mais aussi sous le label « euphorisant légal », ou en tant que « produit chimique destiné à la recherche », voire comme « complément alimentaire ». Parmi les exemples récents de substances que les consommateurs d'opiacés s'injecteraient figurent des médicaments (prégabaline, tropicamide, carfentanil).

De nouvelles drogues de plus en plus diversifiées

L'analyse du marché de la drogue est compliquée par l'émergence de nouvelles drogues, substances psychoactives chimiques ou naturelles, non réglementées par le droit international et fréquemment produites dans le but d'imiter les effets des drogues réglementées. Dans certains cas, ces nouvelles drogues sont produites en Europe dans des laboratoires clandestins, puis vendues directement sur le marché. D'autres substances chimiques sont importées par des fournisseurs, depuis la Chine ou l'Inde, puis commercialisées par exemple en tant que « euphorisants légaux » en Europe. Cette appellation est d'ailleurs fort mal appropriée car ces substances peuvent être réglementées dans certains pays de l'UE et donc enfreindre la réglementation. Dans le but d'échapper aux contrôles, ces produits portent souvent des étiquettes trompeuses : « produits chimiques destinés à la recherche » ou « engrais », assorties de clauses de non-responsabilité indiquant qu'ils sont impropres à la consommation humaine, c'est ainsi que sont conditionnés les cannabinoïdes de synthèse.

Evaluation des risques liés aux nouvelles drogues

L'Union européenne a réalisé des évaluations des risques liés à la 4-méthylamphétamine en 2012 et au 5-(2-aminopropyl) indole en 2013, en raison des effets nocifs rapportés, notamment une vingtaine de décès survenus en peu de temps, en lien avec chacune de ces substances. Ces deux produits ont été soumis à une réglementation dans toute l'Europe. Quatre nouvelles substances psychoactives font l'objet d'une évaluation des risques en 2014 :

- . La MDPV de la famille des cathinones responsable de 99 intoxications mortelles,
- . La Méthoxétamine proche de la kétamine aurait occasionné 20 morts,
- . L'AH-7921 appartenant au groupe des opiacés serait à l'origine de 15 décès,

. Le 25I-NBOMe de la classe des phénéthylamines (1 mort).

Des évolutions inquiétantes

Parmi les évolutions, il faut signaler que la part de l'héroïne a diminué partout en Europe, tandis que les stimulants, les drogues de synthèse (cannabinoïdes, phényléthylamines, cathinones, opioïdes), le cannabis et les médicaments détournés de leur usage gagnent sans cesse du terrain. Les décès par surdose demeurent une cause importante de mortalité évitable chez les jeunes européens (6100 en 2012). De multiples substances sont identifiées dans ces décès. Ainsi en France, au cours de la dernière année connue, 2011, le nombre de décès s'établit à 340 (249 hommes et 91 femmes) dont 50 % (166) pour lesquels on trouve un opiacé seul ou associé à d'autres molécules. Tandis que les décès dus à l'héroïne sont en recul d'une manière générale, les décès dus aux opioïdes de synthèse (comme les fentanyl) progressent et dépassent désormais dans certains pays ceux attribués à l'héroïne. La plupart des surdoses surviennent chez des individus ayant consommé plusieurs substances, si bien qu'il est difficile d'imputer le décès à l'une ou à l'autre. Etant donné que des NSP apparaissent sans cesse sur le marché de la drogue, qu'elles sont actives à des **doses de plus en plus faibles**, elles peuvent échapper à la détection toxicologique. En effet, elles ne sont présentes qu'en très faibles concentrations dans le sang et de plus nécessitent parfois la mise en œuvre de techniques analytiques spécifiques. Les statistiques sont donc vraisemblablement sous-estimées. L'émergence de ces NSP a également des conséquences sur la lutte antidrogue qui devient beaucoup plus difficile, puisque à partir d'un volume réduit de matière première, il est possible de produire un très grand nombre de doses :

Quelle quantité de drogue faut-il pour produire 10 000 doses individuelles ?	
Anciennes drogues	
Ecstasy (MDMA)	750 grammes
Cocaïne	200 grammes
Amphétamine	100 grammes
Nouvelles drogues	
Phényléthylamine	5 grammes
2-Méthylfentanyl	2,5 grammes
Carfentanyl	0,1 gramme

Cannabis : controverses, contrastes et contradictions :

Contrairement au débat politique, où les discussions portent sur la légalisation ou non des produits à base de cannabis, sur le terrain les évolutions se concentrent essentiellement sur des mesures permettant de répondre aux dommages et aux problèmes sociaux induits par sa production et par sa consommation. Ses effets délétères et les conséquences sur la santé de ses différents modes de consommation sont de mieux en mieux compris. Le cannabis est à l'heure actuelle la drogue la plus souvent citée lors d'une demande d'aide médicale parmi les patients entamant un traitement pour la première fois de leur vie. Depuis 2000 environ, de nombreux pays ont réduit les sanctions infligées pour les infractions liées à la simple consommation ou à sa simple possession. Plus globalement, le débat en Europe sur le cannabis a eu tendance à se concentrer sur la répression de l'offre et du trafic de drogue plutôt que sur sa consommation. Dans le même temps, l'OEDT constate que le nombre d'infractions liées à sa possession et à sa consommation augmente de façon constante depuis près de dix ans.

La production et l'offre de drogue : activité principale de la criminalité organisée :

Le volumineux marché du cannabis, combiné à l'augmentation de la production domestique, a entraîné une prise de conscience progressive de l'importance du commerce de la drogue, activité extrêmement lucrative permettant aux groupes criminels organisés de générer des liquidités au travers de profits considérables.

Les coûts à long terme des traitements liés à la drogue :

L'Europe doit faire face à un double défi : d'une part, élaborer des réponses efficaces aux problèmes émergents et, d'autre part, continuer à prendre en charge les usagers de drogues en traitement au long cours. La majeure partie des coûts liés à ces traitements est la conséquence des « épidémies » d'héroïne des années 1980 et 1990. L'OEDT estime qu'en 2011, il y avait en France entre 274 000 et 413 000 usagers problématiques de drogue. L'Union européenne a consacré des moyens considérables pour mettre des traitements à disposition de ces personnes qui seraient selon les estimations 750 000 à bénéficier d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO). La France avec sa cohorte de 152 000 patients sous TSO est le meilleur élève de la classe européenne après le Royaume-Uni (170 000 malades sous

TSO). Désormais, une plus grande attention est également accordée aux coûts sociaux qui en découlent.

L'offre de drogue et la consommation en Europe et en France : le cannabis représente 80% des saisies

Estimation de la prévalence pour les principales drogues - au cours :			
DROGUE Pays	Vie, adultes (15-64 ans)	Dernière année, jeunes (15-34 ans)	Vie, Etudiants (15-16 ans)
Cannabis			
France	32,1	17,5	39
Union européenne	21,7	11,2	-
Cocaïne			
France	3,7	1,9	4
Union européenne	4,2	1,7	-
Amphétamines			
France	1,7	0,5	4
Union européenne	3,4	0,9	-

Cannabis et cannabinoïdes de synthèse : une forte progression :

51 tonnes de résine de cannabis ont été saisies en France en 2012 sur un total de 457 tonnes pour l'Union européenne. Il faut noter qu'au cours des 10 dernières années, le nombre de saisies d'herbe de cannabis en Europe a dépassé celui de la résine (mais avec 105 tonnes, pas la quantité). Il représente maintenant près des deux tiers du nombre des saisies totales, reflétant les productions locales dans toute l'Europe. En France, la teneur moyenne en THC dans la résine été multipliée par 4 au cours des 20 dernières années : 4,4% en 1993 - 8,8% en 2004 - 16% en 2012. Les estimations relatives à sa consommation comme à celle des principales drogues en Europe et en France sont regroupées dans le tableau d'estimation de la prévalence pour les principales drogues. Il convient de mentionner que dans l'enquête scolaire européenne menée en France en 2011 sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) 39% des jeunes avaient consommé du cannabis au moins une fois, en augmentation par rapport à 2007 (31%). En Europe, le prix de vente moyen de la résine se situe entre 7 et 11 euros le

gramme. L'émergence de cannabinoïdes de synthèse, substances chimiques imitant les effets du cannabis, mais exerçant des effets beaucoup plus puissants que le cannabis, ajoute une dimension nouvelle au marché du cannabis. La plupart de ces cannabinoïdes synthétiques sont apparemment fabriqués en Chine, puis acheminés en vrac, par l'intermédiaire de réseaux de transport et de distribution ayant pignon sur rue. Une fois dans l'UE, ces cannabinoïdes sont généralement mélangés à des plantes ou pulvérisés sur celles-ci, puis conditionnés comme « euphorisants légaux » pour être vendus sur Internet ou par des intermédiaires. Au premier semestre 2013, dix-huit pays ont fait état de plus de 1 800 saisies de cannabinoïdes de synthèse. Les plus importantes ont été déclarées par l'Espagne (20 kg) et la Finlande (7 kg).

Opiacés : Héroïne : un recul général des saisies

En 2012 cinq tonnes ont été saisies en Europe, dont 701 kg en France, contre 10 tonnes en 2002. Il s'agit principalement d'héroïne brune correspondant à la forme chimique « base » d'une pureté moyenne comprise entre 9% et 19%, et dont le prix de vente oscille entre 31 et 66 euros le gramme. L'Afghanistan reste le premier producteur d'opium au monde. L'apparition d'opiacés de synthèse pouvant se substituer à l'héroïne a été notifiée par l'intermédiaire du système d'alerte précoce EWS. Il s'agit entre autres de fentanyl fortement dosés, qui peuvent provenir de produits pharmaceutiques détournés, ou être fabriqués spécialement pour le marché illicite. Un nouvel opiacé de synthèse similaire à la morphine est apparu sur le marché : AH-7921.

Cocaïne : le nombre de saisies continue de décroître

En Europe, deux formes de cocaïne sont disponibles, dont la plus commune est la cocaïne poudre (forme chlorhydrate). Le crack, plus rare et plus addictogène, est une forme de cocaïne que l'on peut fumer. Elle est produite presque exclusivement en Bolivie, en Colombie et au Pérou. En 2012, sur les 71 tonnes saisies, 85 % proviennent d'Espagne, de Belgique, des Pays-Bas et d'Italie; la France arrive loin derrière avec 5,6 tonnes. Au niveau européen, la pureté moyenne est comprise entre 33 et 47% et le prix de vente se situe entre 54 et 77 euros le gramme.

Amphétamines : des signes d'augmentation de la production de méthamphétamine

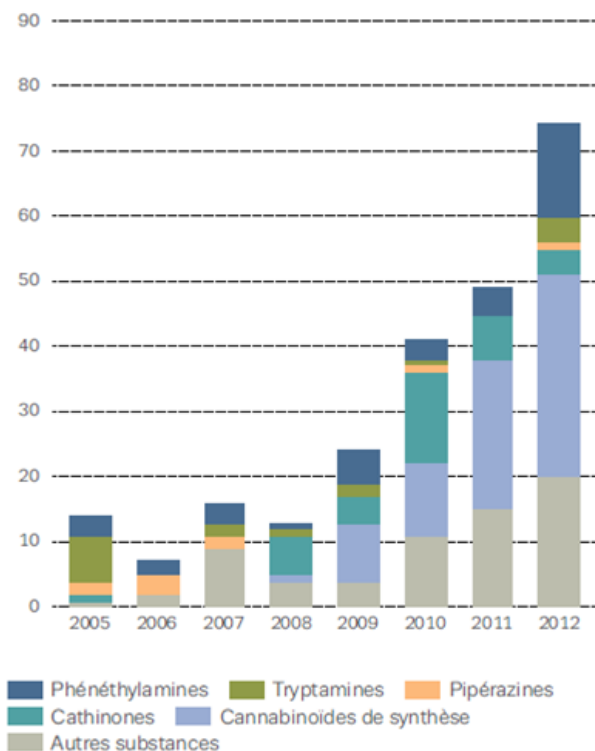
Amphétamine et méthamphétamine sont fabriquées en Europe pour une consommation domestique, bien qu'une certaine quantité

d'amphétamine soit également produite à des fins d'exportation, principalement vers le Moyen-Orient. L'amphétamine qui domine largement le marché est surtout produite en Belgique et aux Pays-Bas, ainsi qu'en Pologne et dans les Pays Baltes.

. La méthamphétamine est synthétisée dans les pays baltes et en République tchèque. Pour l'amphétamine les saisies s'élèvent à 5,5 tonnes, dont 307 kg pour la France, mais plus de la moitié provient d'Allemagne, des Pays-Bas et du Royaume-Uni. En 2011, les autorités ont déclaré avoir démantelé 350 sites de production en Europe, pour la plupart localisées en République tchèque. La pureté moyenne de l'amphétamine est

de 8 à 19% et son prix de vente oscille entre 9 et 23 euros

Principaux groupes de nouvelles substances psychoactives apparues entre 2005 et 2013



Inscrivez-vous au blog du CNPERT « drogaddiction », Vous serez informé des tous nouveaux messages que nous y introduisons, pour votre information sur les drogues et les toxicomanies. Il est gratuit et sans spam.