

Usage de drogue et réduction des risques en Europe

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) collecte et analyse des données provenant des 27 États membres de l'Union Européenne (UE), ainsi que de deux pays candidats (Croatie et Turquie) et de la Norvège. Des points focaux nationaux – comme l'OFDT en France – transmettent chaque année à l'OEDT des données standardisées ainsi que des informations plus qualitatives portant sur cinq indicateurs clefs épidémiologiques⁶⁶, sur les interventions et politiques mises en place par les États européens pour répondre aux problèmes liés à la drogue, ainsi que sur le marché des substances illégales. L'ensemble de ces informations est synthétisé et publié dans le rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en Europe (EMCDDA, 2009a), ainsi que dans différentes autres publications accessibles sur le site Internet de l'OEDT⁶⁷.

Les données présentées dans cette communication tracent un bref aperçu de la situation européenne dans quatre domaines :

- l'usage de drogue ;
- l'usage problématique de drogue tel que défini par l'OEDT⁶⁸ ;
- la mortalité et la morbidité liées à la drogue ;
- la réduction des risques.

Des sources de données différentes sont mises à contribution pour chacun de ces thèmes. Ainsi, la description de l'usage de drogue s'appuie sur les grandes enquêtes en population générale ou scolaire, ainsi que sur certaines données relatives au marché des drogues. L'usage problématique de drogue est décrit à l'aide des estimations indirectes de la prévalence de ce type d'usage ainsi que de données provenant des centres de traitement. La mortalité et la morbidité peuvent s'analyser à l'aide de registres de décès et de maladies, d'enquêtes de prévalence ou encore au travers d'études longitudinales, même si celles-ci restent rares en Europe. Finalement, les données concernant la réduction des risques s'appuient sur des collectes de données quantitatives et qualitatives sur le type et la quantité de mesures mises en place dans les pays européens. Le Bulletin Statistique de l'OEDT permet un accès direct à la majorité des

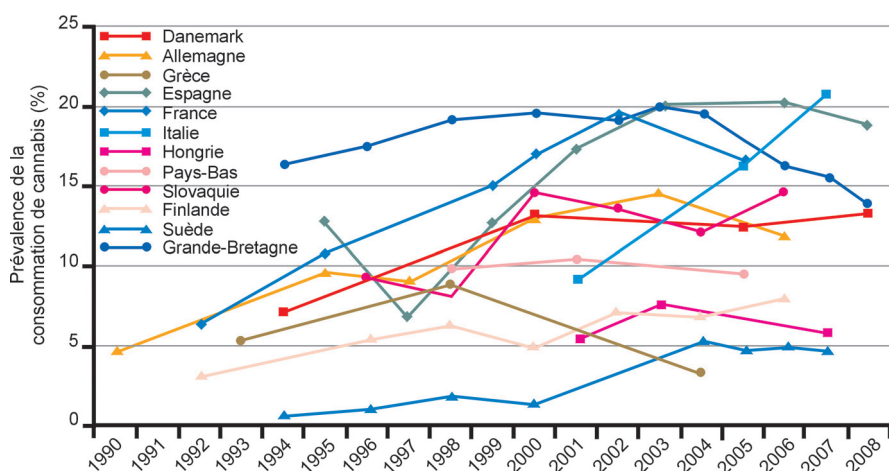
66. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.

67. <http://www.emcdda.europa.eu/>.

68. L'usage de drogue par injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines.

Usage de drogue

Les données existantes montrent une rapide hausse de la consommation de cannabis chez les écoliers et jeunes adultes durant les années 1990 dans la majorité des pays européens. Cette hausse a ensuite cédé la place à une situation de stabilisation, suivie d'une progressive baisse notamment dans certains des pays affichant les taux de prévalence les plus élevés (figure 1).



L'usage de cocaïne a lui aussi connu une hausse et il s'agit désormais de la seconde drogue illicite la plus consommée en Europe après le cannabis. La tendance à la hausse s'est produite un peu plus tard que pour le cannabis, vers le début des années 2000 (figure 2), et elle a jusqu'ici été principalement limitée à l'Europe occidentale.

69. <http://www.emcdda.europa.eu/stats09>.

L'OEDT estime qu'aujourd'hui 13 millions d'Européens (3,9 %) ont déjà pris de la cocaïne et que 4 millions (1,2 %) l'ont fait durant la dernière année. L'essentiel de ces consommateurs (3 millions) se trouve ici aussi chez les jeunes gens âgés entre 15 et 34 ans où la prévalence annuelle atteint 2,2 %.

Environ 1,5 million de jeunes européens âgés entre 15 et 34 ans (1,1 %) ont consommé des amphétamines durant la dernière année et environ 2 millions d'entre eux (1,6 %) ont consommé de l'ecstasy. Ces chiffres sont stables ou en légère baisse depuis quelques années mais il est possible que cette situation reflète le remplacement de ces substances par d'autres (cocaïne, 1-benzylpipérazine ou BZP) et ne constitue donc pas en soi une baisse de la consommation de stimulants.

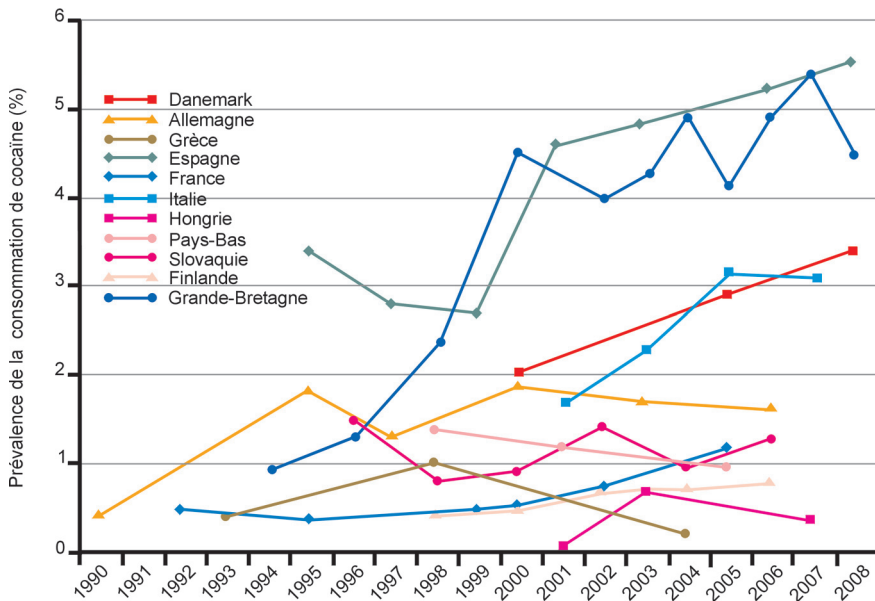


Figure 2 : Tendances de la consommation de cocaïne durant la dernière année chez les jeunes âgés entre 15 et 34 ans (uniquement les pays avec trois enquêtes successives ou plus)

Le marché des drogues a aussi connu des transformations ces dernières années, notamment au travers du développement de commerces sur Internet proposant des substances présentées comme alternatives légales à certaines drogues existantes. Une simple recherche par mots-clefs a ainsi permis d'identifier en Europe 115 de ces commerces en ligne proposant plusieurs centaines de produits différents. Parmi ceux-ci figurent aussi des mélanges d'herbes comme *Spice*, un produit qui a été identifié dans 21 pays européens et dont certains échantillons contenaient des cannabinoïdes de synthèse (EMCDDA, 2009b). Ce développement reflète la volonté et la capacité technologique des producteurs et vendeurs de développer des produits qui ciblent les habitudes des

consommateurs tout en tentant d'échapper aux mesures de contrôle. Il n'existe pas encore de données fiables sur la consommation ou la vente de ce type de produits, mais leur prix compétitif, la qualité du marketing (emballages, sites Internet) et le nombre de revendeurs pourraient indiquer que le marché n'est pas négligeable.

Usage problématique de drogue

L'usage problématique de drogues se définit comme l'usage de drogues par injection et/ou l'usage régulier sur une longue période d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines. Une majorité de pays européens ont produit récemment, à partir de différentes méthodes (capture-recapture, multiplicateurs...), des estimations du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes. Sur la base de ces données, il est possible d'estimer que la prévalence au niveau européen se situe entre 3,6 et 4,6 cas pour 1 000 habitants âgés entre 15 et 64 ans, soit entre 1,2 et 1,5 million d'usagers d'opiacés à problèmes au total. Certains groupes, principalement les usagers de drogue incarcérés, sont toutefois sous-estimés dans ce nombre.

Les estimations indirectes de la prévalence de la consommation de drogues par voie intraveineuse sont malheureusement moins nombreuses. Sur la base des études récentes disponibles (figure 3), on peut estimer que la prévalence au niveau européen se situe entre 2,2 et 3 cas pour 1 000 habitants âgés entre 15 et 64 ans, soit environ entre 750 000 et un million d'usagers de drogue par injection, toutes drogues confondues (EMCDDA, 2010a). Ici aussi, les usagers incarcérés sont sous-représentés.

Les estimations de prévalence, en raison de leur faible fréquence et des différences de méthodes, ne permettent qu'une analyse rudimentaire des tendances de l'usage d'opiacés et de l'injection de drogue. C'est pourquoi l'OEDT a aussi recours à d'autres indicateurs qui permettent d'aborder cette question de manière indirecte.

Les données relatives à l'usage d'opiacés montrent depuis 2003-2004, une inversion de tendance avec désormais une stabilisation ou une hausse de la plupart des indicateurs. Ceux-ci incluent le nombre et la proportion d'usagers d'héroïne parmi les personnes entrant en traitement pour la première fois (figure 4), le nombre de décès par overdose (dont la grande majorité sont liés à l'usage d'opiacés), le nombre de saisies d'héroïne, ainsi que les interpellations liées à cette substance. Cette convergence de différents indicateurs a conduit l'OEDT à inviter les États européens à la vigilance et à ne pas réduire leurs efforts pour lutter contre les problèmes liés aux opiacés. Ces derniers constituent toujours la majeure partie des problèmes de drogue en Europe.

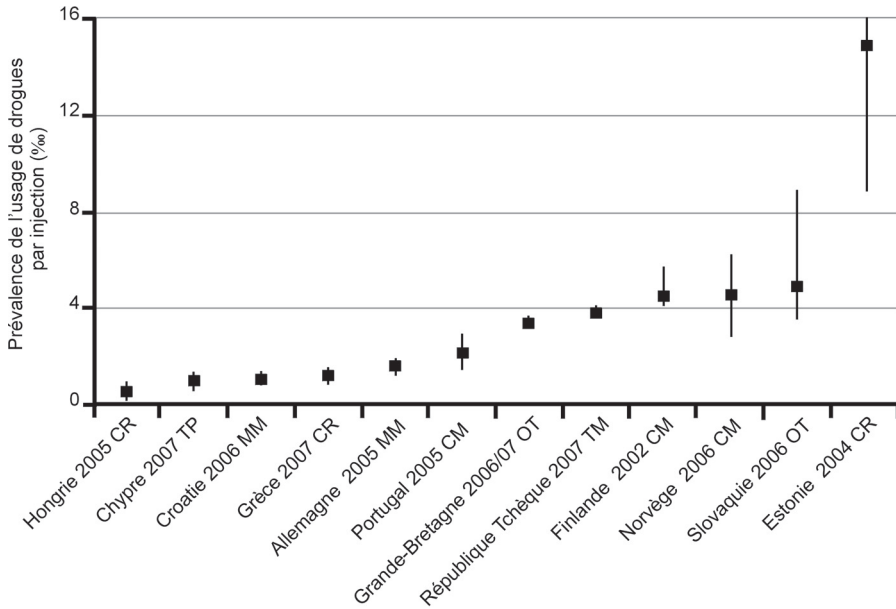


Figure 3 : Estimations de la prévalence de l'usage de drogue par injection (taux pour 1 000 âgés entre 15 et 64 ans), 2002 à 2007 (dernière étude disponible)

Le symbole indique une estimation de pourcentage; un trait indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95%, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d'estimation et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d'âge non standard ont été utilisées dans les études émanant de la Finlande (15-54 ans) et de Malte (12-64 ans). Pour l'Allemagne, l'intervalle représente la limite inférieure de toutes les estimations existantes et la limite supérieure de celles-ci, et l'estimation de pourcentage est une simple moyenne des points médians. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit : CR=capture-recapture ; MT=multiplicateur de traitement ; IM=indicateur multivariées ; PT=poisson tronqué ; MM=multiplicateur de mortalité ; MC=méthodes combinées ; AM = autres méthodes

La situation concernant l'usage de drogue par injection est quelque peu différente. Ici, les données provenant des centres de traitement spécialisés indiquent une baisse ou une stabilisation de la proportion des usagers de drogue par injection parmi les usagers d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines qui entrent pour la première fois en traitement (figure 5). Toutefois, la hausse de l'usage d'opiacés mentionnée ci-dessus implique aussi que, dans certains pays, le nombre absolu d'usagers d'opiacés par injection entrant en traitement pour la première fois est en réalité stable ou en hausse.

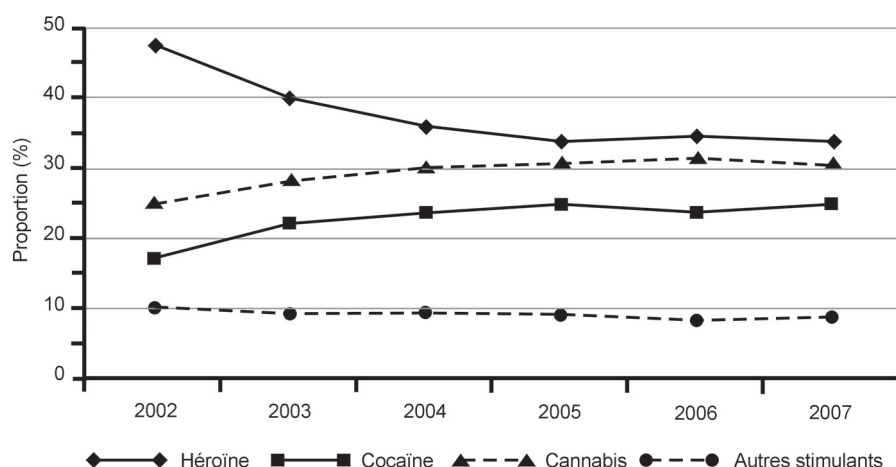


Figure 4 : Tendances chez les personnes entrant en traitement pour la première fois (2002 à 2007) (distribution par drogue principale)

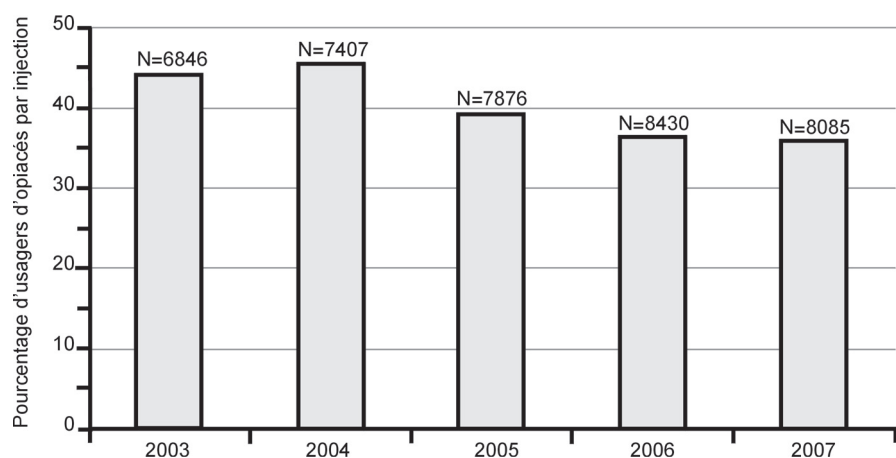


Figure 5 : Proportion d'injecteurs parmi les usagers d'opiacés entrant pour la première fois en traitement ambulatoire (données 2003 à 2007 pour 13 pays européens)

Des estimations de l'usage problématique de cocaïne, d'amphétamines et de méthamphétamines n'ont été faites que dans de rares pays et elles ne permettent pas de faire des extrapolations au niveau européen. Toutefois, l'usage de ces stimulants constitue un élément central de l'usage problématique de drogue dans certains pays. C'est par exemple le cas pour la consommation d'amphétamines en Suède et en Finlande, pour la consommation de méthamphétamines en République Tchèque et en République Slovaque, ou encore pour l'usage de cocaïne en Espagne, aux Pays-Bas, en Italie, en Irlande et au Royaume-Uni. L'usage de crack a quant à lui été principalement rapporté au

Royaume-Uni, mais aussi dans différentes villes européennes incluant Francfort, Paris et Dublin.

Le cannabis ne fait pas partie de la définition utilisée par l'OEDT pour aborder l'usage problématique de drogue mais il est possible de présenter une estimation de l'usage fréquent ou intensif de cette substance. Sur la base de différentes estimations nationales, il y a environ 4 millions d'usagers de cannabis en Europe qui consomment tous les jours ou presque, dont 3 millions sont des jeunes gens âgés entre 15 et 34 ans. Cela représente entre 2 et 2,5 % des individus de cette tranche d'âge.

Mortalité et morbidité

Cette section porte spécifiquement sur la mortalité et les maladies infectieuses chez les consommateurs de drogue. D'autres types de morbidité (accidents, blessures, autres problèmes de santé mentale...) ne sont pas abordés ou le sont seulement indirectement, notamment en raison de l'insuffisance des données standardisées qui les concernent.

Environ 7 000 à 8 000 décès par overdose sont rapportés chaque année à l'OEDT et des traces d'opiacés sont relevées dans 80 % des cas. Ces décès par overdose représentent environ 4 % de l'ensemble des décès chez les 15-39 ans en Europe. La grande majorité des personnes décédées sont des hommes et leur moyenne d'âge a augmenté au fil des ans.

En termes de tendances, le nombre d'overdoses, après avoir diminué au début des années 2000, affiche depuis 2003 une tendance à la hausse (figure 6), qui pourrait être expliquée par différents facteurs incluant le vieillissement d'une population de consommateurs de longue date et une hausse de la polyconsommation. Différentes études ont aussi montré que les usagers de drogue sortant de prison et ceux interrompant un traitement ont un risque particulièrement élevé de décès (Davoli et coll., 2007 ; Farrell et coll., 2008).

Des études longitudinales de cohorte en Europe ont également montré que les décès par overdose pouvaient représenter entre un cinquième et la moitié de la mortalité totale chez les consommateurs de drogue. Dans les pays avec un taux de prévalence élevé du VIH/sida chez les usagers de drogue, la proportion de la mortalité représentée par les overdoses est souvent la plus faible⁷⁰. S'agissant des autres causes de décès, la littérature indique que les accidents, violences et suicides sont aussi susceptibles d'être responsables d'une fraction importante de la mortalité. Les suicides représentaient ainsi 6 % à 11 % des décès dans certaines études de cohorte récentes.

70. On estime que 2 100 décès liés au VIH/sida imputables à l'usage de drogue par injection ont eu lieu en 2006 en Europe.

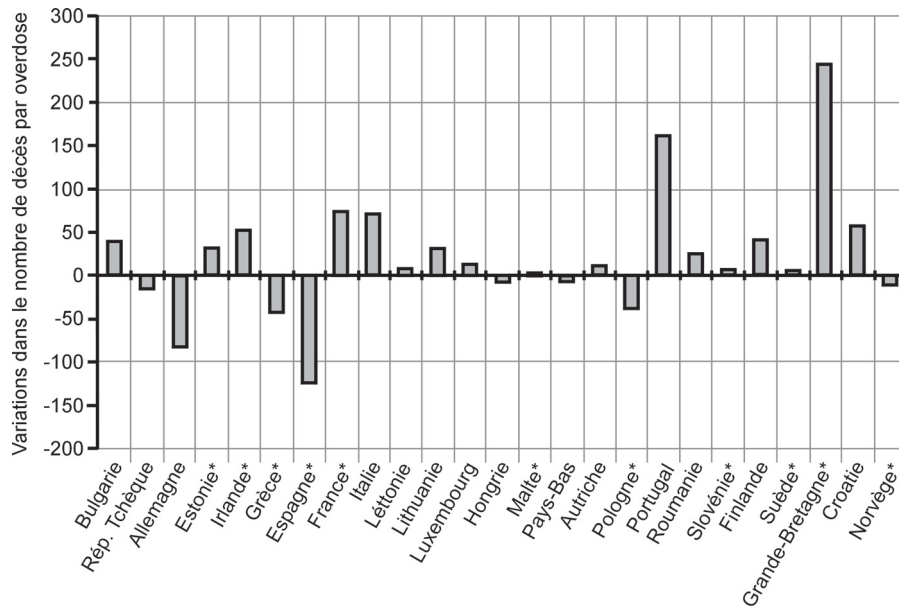


Figure 6 : Changements dans le nombre de décès par overdose entre 2003 et 2006-2007 dans différents pays européens

* Pays avec données de 2006

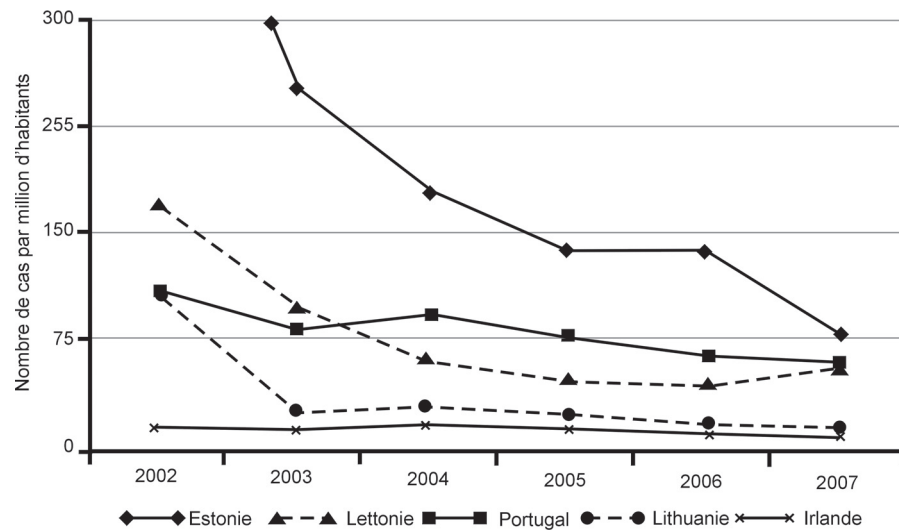


Figure 7 : Tendances dans les nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez des usagers de drogue par injection (taux par million d'habitants) (cinq pays ayant rapporté les taux les plus élevés dans l'UE)

* En Estonie, le taux par million en 2002 était 516

La mortalité totale chez les usagers de drogue à problèmes est généralement de l'ordre de 1 % à 2 %, avec des fluctuations selon la population étudiée. Une étude internationale dans sept zones urbaines en Europe a montré que 10 % à 23 % de la mortalité chez les 15-49 ans étaient imputables à la consommation d'opiacés (Bargagli et coll., 2005).

Environ 3 000 nouveaux cas d'infections par le VIH imputables à l'usage de drogue par injection sont rapportés chaque année (Wiessing et coll., 2009) et on estime qu'il y a environ cent à deux cent mille (ex-)consommateurs de drogue qui sont porteurs du virus dans l'Union Européenne. Depuis quelques années, le nombre de nouvelles infections est en baisse, notamment dans les pays rapportant les nombres et taux de contamination par le VIH les plus élevés (figure 7), et les enquêtes de prévalence chez les usagers de drogues par injection montrent également une situation stable ou en baisse. À l'inverse, la situation dans certains pays frontaliers de l'Union Européenne, comme la Fédération de Russie (11 161 nouveaux cas d'infection rapportés chez des consommateurs de drogue par injection en 2006) et l'Ukraine (7 087 cas en 2007), reste très préoccupante.

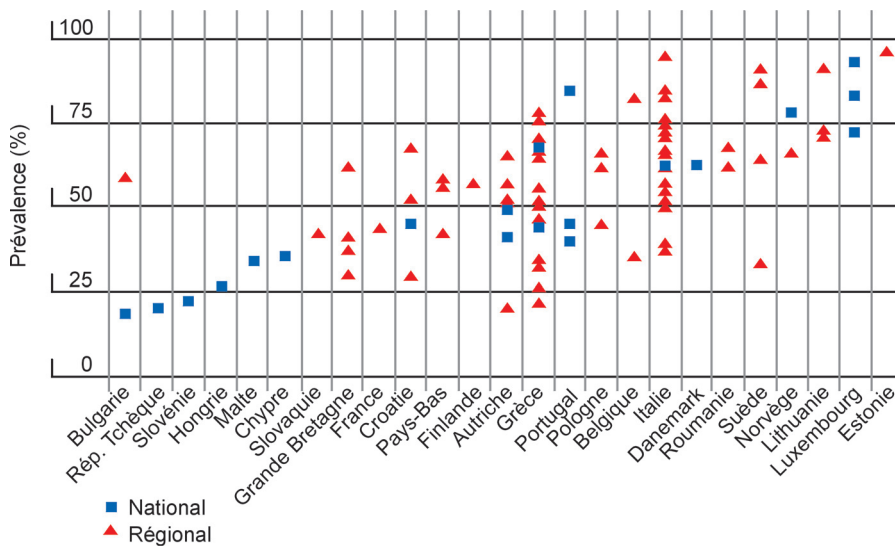


Figure 8 : Estimations de la prévalence des anticorps au VHC chez les injecteurs de drogue (études menées entre 2006 et 2007 avec une couverture nationale ou régionale)

Les enquêtes de prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez des usagers de drogue par injection rapportent des taux variant entre 18 % et 95 % selon les pays ; les taux sont supérieurs à 40 % pour la moitié de ces pays (figure 8). Comme les données provenant des registres des maladies infectieuses sont de qualité inférieure à celles concernant le VIH, il est

difficile d'estimer quelle est la tendance dans ce domaine. Ces données suggèrent toutefois que les usagers de drogue par injection sont, parmi ceux dont les facteurs de risque sont connus, le groupe avec l'incidence la plus élevée du VHC (Wiessing et coll., 2008).

Réduction des risques en Europe

La réduction des risques a fait l'objet d'une recommandation du Conseil de l'Union Européenne⁷¹ invitant les États Membres à se doter d'objectifs et de mesures dans ce domaine. L'actuel plan d'action « drogue » de l'Union Européenne (2009-2012) comporte également un objectif spécifique⁷² et plusieurs actions visant à renforcer la réduction des risques en Europe. Au niveau national, la réduction des risques est aujourd'hui devenue une partie constitutive de la plupart des politiques de lutte contre la drogue, sous la forme d'un pilier spécifique ou d'un ensemble de mesures (Hedrich et coll., 2008).

Les principales mesures de réduction des risques en Europe sont l'échange de seringues, ainsi que les traitements de substitution aux opiacés. D'autres mesures visant les usagers de drogue à problèmes ou les usagers de drogue en milieu festif ont aussi été mises en place mais avec des taux de couverture plus variables. La monographie sur la réduction des risques publiée par l'OEDT au début de l'année 2010 revient en détail sur l'ensemble de ces interventions (EMCDDA, 2010b).

Des programmes d'échange de seringues existent dans tous les États de l'Union Européenne, en Croatie et en Norvège, et le nombre de seringues distribuées par ces programmes continue de croître dans la majorité des pays. Le nombre total de points d'échange et de seringues distribuées varie cependant fortement d'un pays à l'autre. Des comparaisons entre le nombre de seringues distribuées par des programmes spécialisés et le nombre estimé d'usagers de drogue par injection dans le pays indiquent que cela peut varier de moins de 50 seringues par individu à plus de 300 (Norvège). Dans quelques pays européens, les programmes d'échange de seringues ont été complétés par la mise en place de locaux de consommation supervisés (Allemagne, Espagne, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège)⁷³.

Les traitements de substitution aux opiacés constituent une mesure qui peut avoir, simultanément ou successivement, un objectif de réduction des risques et un objectif thérapeutique. Comme pour l'échange de seringues, cette

71. Recommandation 2003/488/CE du Conseil, du 18 juin 2003, relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie.

72. Garantir l'accès aux services de réduction des dommages, afin d'endiguer la propagation du VIH/ sida, de l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses transmissibles par le sang liées à la consommation de drogue, et réduire le nombre de décès.

73. La Suisse, qui n'est pas membre de l'OEDT et ne fait donc pas partie des pays étudiés ici, a été la première à introduire ce type d'intervention au milieu des années 1980.

mesure est désormais disponible dans tous les États de l'Union Européenne, en Croatie et en Norvège, et elle a connu une rapide expansion depuis le milieu des années 1980 (figure 9). On estime qu'environ 670 000 consommateurs d'opiacés ont été en traitement de substitution en 2008, un nombre environ sept fois supérieur à celui estimé en 1993. La plupart des pays continuent d'ailleurs de reporter des hausses du nombre de ces traitements. Les substances prescrites sont avant tout la méthadone (environ 70 % des traitements) et la buprénorphine à haut dosage⁷⁴ (20 %), mais aussi la morphine à libération lente, la codéine et l'héroïne. Cette dernière est prescrite dans des cliniques spécialisées en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni⁷⁵.

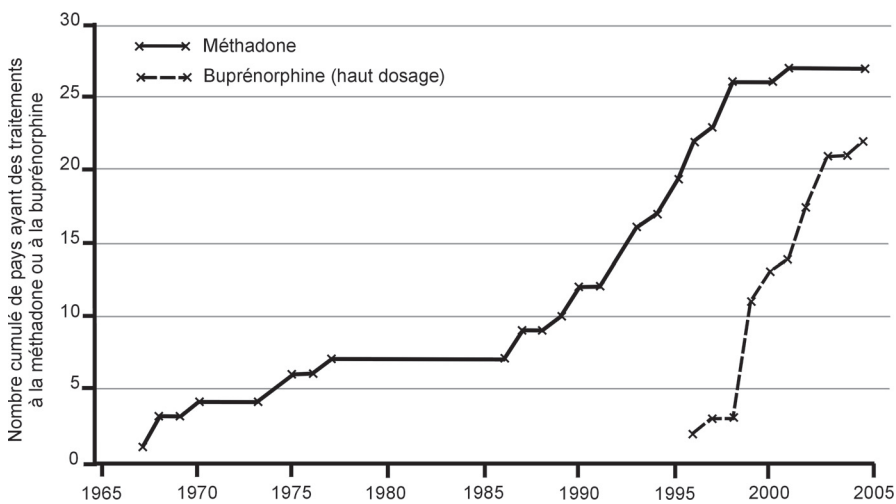


Figure 9 : Année de l'introduction des traitements de substitution à la méthadone et à la buprénorphine haut dosage dans 26 pays de l'UE et en Norvège

La grande majorité des traitements de substitution sont prescrits dans les pays du Sud et de l'Ouest de l'Europe et ce type de traitement reste encore limité dans la plupart des pays d'Europe orientale. En termes de couverture, on peut estimer que plus de 40 % des usagers d'opiacés à problèmes en Europe ont recours à ce type de traitement, mais avec d'importantes différences nationales puisque, pour les pays disposant de données, cette proportion varie de 5 % à plus de 50 % (figure 10). De manière générale, la prescription de ces

74. Environ deux tiers des traitements utilisant la buprénorphine sont effectués en France.

75. Trois autres pays de l'Union Européenne (Danemark, Luxembourg, Belgique) ont fait état de travaux préparatoires pour la mise en œuvre de cette forme de traitement. Comme pour les locaux d'injection, la Suisse a été la première à mettre en œuvre la prescription d'héroïne telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui alors que le Royaume-Uni le faisait déjà auparavant mais sous une autre forme.

traitements par les médecins généralistes semble souvent associée à un plus haut taux de couverture.

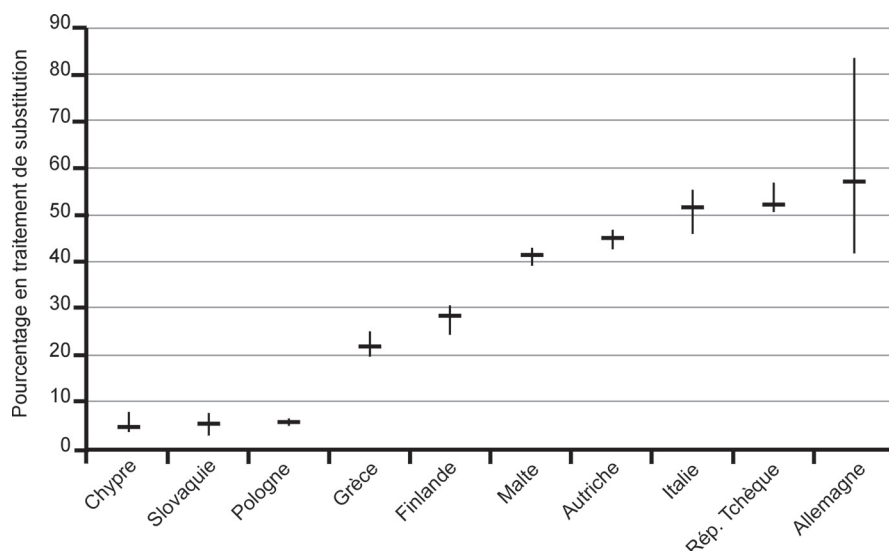


Figure 10 : Proportion estimée des usagers problématiques d'opiacés qui sont en traitement de substitution (2007 ou dernière année disponible)

Les mesures de réduction des risques restent très limitées en milieu carcéral. Seuls 13 pays rapportent que des traitements de substitution sont mis en œuvre dans la plupart de leurs prisons, alors que la distribution de seringues existe, le plus souvent à très petite échelle, dans cinq États Membres de l'Union Européenne (Allemagne, Espagne, Roumanie, Portugal, Luxembourg). Des études ont pourtant montré que la consommation de drogue et même l'usage de drogue par injection existaient en milieu carcéral, parfois avec des prévalences élevées. C'est pourquoi le dernier plan d'action drogue européen (2009-2012) prévoit de « Concevoir et mettre en place des services préventifs, thérapeutiques, de réduction des dommages et de réadaptation à l'intention des détenus, qui soient équivalents aux services offerts en dehors des prisons. »

En conclusion, cette rapide vue d'ensemble de la consommation et des problèmes liés à la drogue en Europe, ainsi que de la mise en œuvre de la réduction des risques dans cette région, est loin d'être exhaustive mais elle permet de spécifier certains éléments importants qui permettent de comprendre la situation actuelle. La consommation de drogue en Europe est aujourd'hui dans une phase de stabilisation avec toutefois des niveaux de prévalence qui sont historiquement élevés. Ceci est la résultante de hausses successives de la consommation de substances comme le cannabis ou la cocaïne, mais aussi de développements antérieurs comme la diffusion de l'héroïne ou de l'ecstasy.

L'usage problématique de drogue, tel que défini par l'OEDT, n'échappe pas à ce constat d'une prévalence relativement élevée mais plutôt stable. Une analyse plus fine suggère toutefois que de multiples phénomènes s'entrecroisent : baisse relative de l'usage de drogue par injection, stabilisation ou légère hausse de l'usage des opiacés, diffusion de la polyconsommation (EMCDDA, 2009c), vieillissement et fragilisation de certaines catégories d'usagers. Ces différentes tendances pourraient en fait, malgré une situation en apparence stable, être synonymes d'une hausse globale des risques associés à la consommation de drogue en Europe. Les tendances préoccupantes observées pour le nombre de décès par overdose pourraient en être un reflet.

La réduction des risques est désormais largement mise en œuvre en Europe et son implantation peut être directement rattachée, durant les années 1980 et 1990, au développement de l'épidémie du VIH/sida au sein d'une population croissante d'usagers de drogue par injection. Aujourd'hui, les principales mesures de réduction des risques – échange de seringues et traitement de substitution aux opiacés – ont fait la preuve de leur faisabilité mais aussi de leur efficacité. La substitution a généralement obtenu de meilleurs résultats que les autres types de traitement chez les usagers d'opiacés⁷⁶ alors que l'échange de seringues a permis de réduire certains comportements à risque. Ceci a sans doute contribué, au côté d'autres facteurs, à la progressive baisse du nombre de nouveaux cas d'infections par le VIH liés à l'usage de drogue par injection en Europe.

La mise en œuvre de la réduction des risques se fait toutefois à des degrés très divers en Europe. Dans certains pays, elle est devenue une composante très importante de la lutte contre les problèmes liés à la drogue. Dans ce cas, le catalogue des mesures est souvent plus vaste, par exemple en incluant des mesures comme les locaux d'injection supervisés ou la prescription d'héroïne. Dans d'autres pays, la réduction des risques est vue comme un élément transitoire qui se justifie parce que certains problèmes, notamment la transmission des maladies infectieuses, peuvent être difficilement abordés avec la prévention et les traitements requérant l'abstinence. Dans ce cas, la réduction des risques est souvent limitée en taille et en diversité. En pratique, la plupart des pays européens se situent aujourd'hui entre ces deux pôles : la réduction des risques y est devenue un élément constitutif des politiques de lutte contre la drogue où elle côtoie désormais la prévention, les traitements et la réduction de l'offre⁷⁷.

Frank Zobel

*Rédacteur scientifique et analyste des politiques drogue
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), Lisbonne*

76. <http://www.cdag.cochrane.org/en/index.html>.

77. L'auteur souhaite remercier les points focaux nationaux du réseau Reitox, qui fournissent des données à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, ainsi que ses collègues à l'OEDT qui développent les instruments de collecte de données et analysent la situation Européenne.

BIBLIOGRAPHIE

- BARGAGLI AM, HICKMAN M, DAVOLI M. Drug related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European Journal of Public Health* 2005, **16** : 198-202
- DAVOLI M, BARGAGLI AM, PERUCCI CA. Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction* 2007, **102** : 1954-1959
- EMCDDA. Rapport annuel 2009: L'Etat du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg, Office des publications de l'Union Européenne, 2009a
- EMCDDA. Understanding the 'Spice' phenomenon. Luxembourg, Office for Publications of the European Communities, 2009b
- EMCDDA. Polydrug use : Patterns and responses. Luxembourg, Office for Publications of the European Communities, 2009c
- EMCDDA. Trends in injecting drug use in Europe. Luxembourg, Office for Publications of the European Communities, 2010a
- EMCDDA. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. RHODES T, HEDRICH D (eds). Monograph 10, Luxembourg. Publications Office of the European Union, 2010b
- HEDRICH D, PIRONA A, WIESSING L. From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2008, **15** : 503-517
- FARRELL M, MARSDEN J. Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 2008, **103** : 251-255
- WIESSING L, LIKATAVICIUS G, KLEMPOVA D, HEDRICH D, NARDONE A, GRIFFITHS P. Associations Between Availability and Coverage of HIV-Prevention Measures and Subsequent Incidence of Diagnosed HIV Infection Among Injection Drug Users. *American Journal of Public Health* 2009, **99** : 1049-1052
- WIESSING L, GUARITA B, GIRAUDON I, BRUMMER-KORVENKONTIO H, SALMINEN M, COWAN SA. European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability. *Euro Surveill* 2008, **13** : 18884
(Available online:<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18884>)