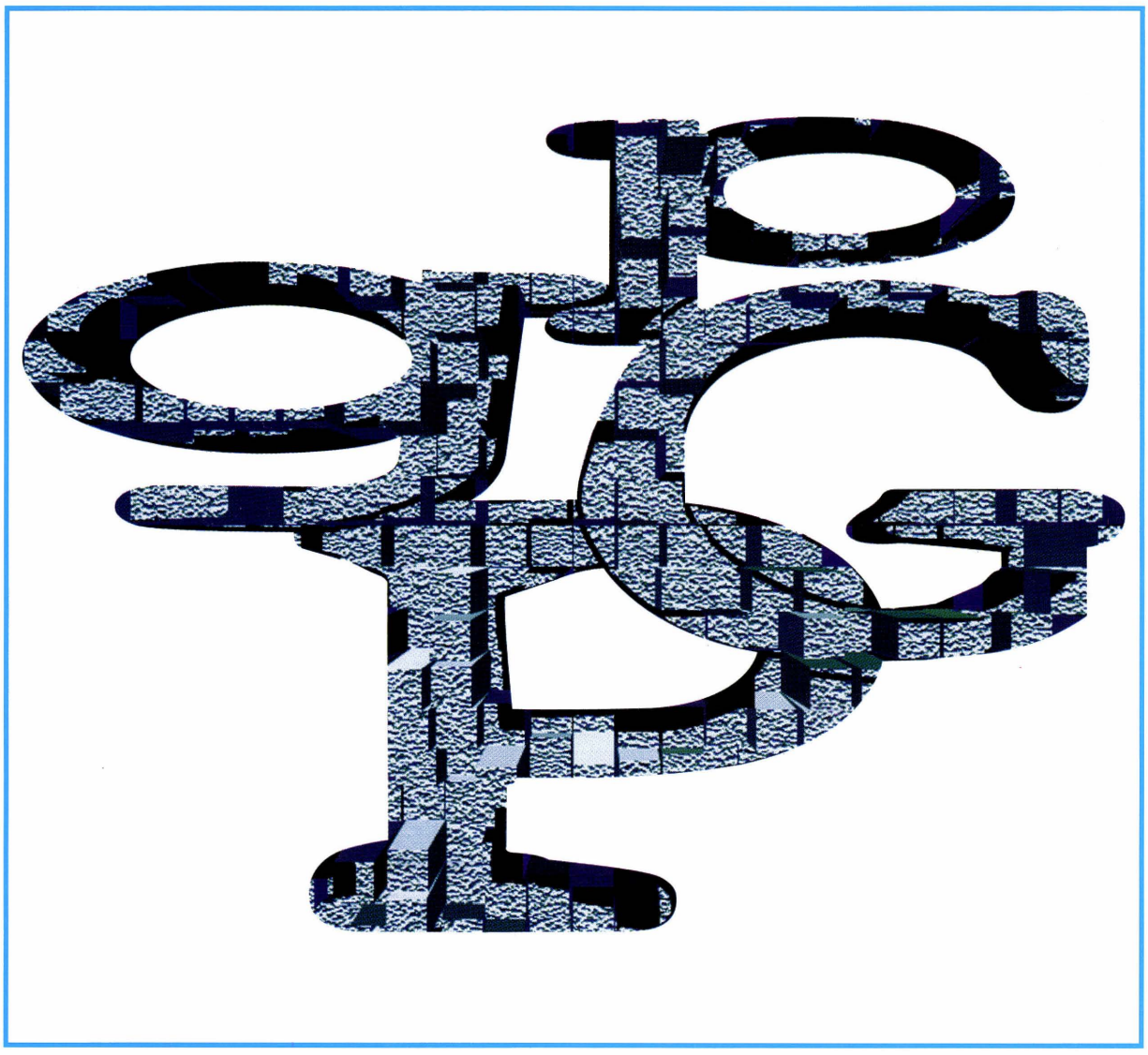
Drogues et toxicomanie



3E ÉTUDE MULTI-VILLES

ÉVOLUTION DES TENDANCES DE L'USAGE DE DROGUE DANS LES VILLES EUROPÉENNES AU COURS DES ANNÉES 90

Council of Europe Publishing
Editions du Conseil de l'Europe

Documentation OFDT
OFDT003018

3e Etude multi-villes

Evolution des tendances de l'usage de drogues dans les villes européennes au cours des années 90

Ecrit au nom du Groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogues

par Ruud BLESS
avec la contribution de Uwe KEMMESIES et Steven DIEMEL

Groupe Pompidou
Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants

Editions du Conseil de l'Europe

Edition anglaise:
3rd Multi-city Study
Drug use trends in European cities in the 1990s
ISBN 92-871-4459-1

Editions du Conseil de l'Europe
F – 67075 Strasbourg Cedex

ISBN 92-871-4458-3
© Conseil de l'Europe, août 2001
Imprimé en Belgique

Présentation du Groupe Pompidou

L'engagement du Conseil de l'Europe dans l'action contre l'abus et le trafic de drogues s'est concrétisé dans les activités développées par le Groupe Pompidou. Constitué en 1971 en tant que forum européen de coopération à caractère multidisciplinaire, le Groupe se propose de favoriser l'échange d'informations en matière de drogues, l'évaluation scientifique et la prise de décision politique.

Le Groupe œuvre pour mettre à la disposition des Etats membres des instruments pour évaluer et aborder des problèmes dans le domaine social et de la santé publique. Ainsi, une des activités clé du Groupe Pompidou, par le biais de son groupe de travail sur l'épidémiologie, est consacrée à la collecte, l'analyse et la synthèse de données, l'amélioration de la méthodologie de collecte et l'apport de valeur ajoutée à l'information ainsi obtenue, à travers les analyses qu'il fournit comme instruments d'aide à la décision.

Depuis 1985, le Groupe coordonne une série d'*Etudes multi-villes* dont l'objectif est d'évaluer, interpréter et comparer les tendances en matière d'usage de drogues en Europe, sur la base des recherches menées dans un réseau récemment élargi à 42 grandes villes. Cela a permis au Groupe de cibler ses activités sur l'amélioration de la qualité et de la comparabilité des données et de développer de nouveaux instruments tant pour le suivi d'indicateurs spécifiques comme la *Demande de traitement,* que pour les recherches sur la prévalence, comme le *Questionnaire standard sur la consommation de drogues, alcool et tabac en milieu scolaire,* qui a été utilisé lors de deux enquêtes menées à l'échelle européenne.

Table des matières

Chapitre 1: Résumé analytique 7

Chapitre 2: Introduction 17

Chapitre 3: Caractéristiques des villes 23

Chapitre 4: Evolution des tendances européennes 91

4.1. Tendances des indicateurs 93

4.2. Tendances globales (comparaison Est-Ouest) 115

Chapitre 5: Analyse et interprétation 121

5.1. Analyse (corrélations entre les indicateurs) 123

5.2. Interprétation (l'enquête des experts) 133

1
Résumé analytique

Introduction

L'introduction retrace l'historique de l'Etude multi-villes et ses principaux objectifs. Ce rapport constitue la troisième édition de ces études multi-villes et concerne cette fois les tendances et les évolutions constatées dans 42 villes d'Europe de l'Ouest et d'Europe de l'Est, au cours de la période 1991-1998.

Ensuite, nous présenterons une brève explication du système de rapports multi-villes, lequel repose sur les rapports annuels de villes, fournis par les membres du Groupe d'experts en épidémiologie du Groupe Pompidou. L'essentiel de ces rapports est constitué d'une série de données d'indicateurs présentées sous des formes prédéfinies, auxquelles s'ajoutent une explication méthodologique des données, un exposé des caractéristiques de la ville servant de contexte à l'interprétation des chiffres et une appréciation des tendances et évolutions constatées. L'introduction se termine sur un aperçu de la structure de la 3e Etude multi-villes.

Caractéristiques des villes

L'essentiel du présent rapport est constitué des caractéristiques des différentes villes ayant participé au réseau multi-villes à un moment ou à un autre au cours des années 90. Pour chaque ville, l'on commence d'abord par une courte description de la ville en question du point de vue de ses caractéristiques géographiques, de ses antécédents en matière d'usage de drogue et des modes de consommation des drogues dans cette ville et des interventions et de la politique locale en matière de drogue. Cette description a pour but de fournir un contexte à l'interprétation des données et des tendances d'indicateurs, lesquelles sont présentées sous une forme standardisée recouvrant cinq domaines: la prévalence, le traitement, les risques sanitaires, les infractions à la législation sur les drogues et le marché de la drogue.

Les caractéristiques d'une ville ne sont présentées que si l'on possède à son sujet des chiffres pour au moins trois années au cours de la période de référence, dont une depuis 1996. Conformément à ces critères, seules 31 villes sur 42 font ici l'objet d'une description détaillée. Etant donné que la section relative aux caractéristiques constitue déjà un résumé de la situation et des évolutions survenues dans chaque ville, cette information n'a pas été reprise dans le résumé analytique. Nous avons plutôt fait le choix de présenter ici quelques observations sur la qualité et sur l'exhaustivité de ces caractéristiques.

Pour la plupart des villes étudiées, nous ne pouvons présenter que des informations partielles. De nombreuses données d'indicateurs ne sont en effet pas disponibles ou ne le sont que pour une ou deux années, ce qui n'est pas suffisant pour dégager des tendances et mesurer leur évolution. Les données relatives aux contextes sont très variables selon les villes, tant du point de vue de leur importance que de celui de leur niveau de détail. Voici quelques-unes des raisons pour lesquelles nous n'obtenons qu'une description assez inégale de la situation des différentes villes européennes:

- La participation au réseau multi-villes et la contribution des différentes villes au cours des années 90 n'ont pas toujours été régulières. Seules quelques villes ont fourni un rapport chaque année. Toutes n'ont pas respecté les formats de présentation des données préconisés dans les Lignes directrices de l'étude multi-villes; certaines ont cessé de participer au réseau vers le milieu de la décennie, alors que d'autres encore ne l'ont rejoint qu'au cours des quelques dernières années.
- Bien que tous les indicateurs aient été mis au point, sur un plan conceptuel, dans le cadre du réseau multi-villes pour permettre une description pertinente de la situation de la drogue dans chaque ville, ils n'ont pas toujours été repris de manière systématique dans la mise en œuvre des systèmes locaux de données. Par manque de moyens ou de structures adéquates sur le plan de l'organisation, certaines données ne sont pas recueillies du tout ou ne le sont qu'au niveau national, sans qu'il soit possible d'extraire les chiffres relatifs à la seule ville concernée.
- Plusieurs indicateurs étant toujours «en cours d'élaboration», les formats de présentation des données continuent d'évoluer et, dans certains cas, aucun consensus n'a encore pu être trouvé sur les définitions et les méthodes privilégiées de collecte de données.
- Bien que l'importance du contexte dans la compréhension des situations et des évolutions locales soit unanimement reconnue, les discussions sur la nature et sur le volume des informations à recueillir n'ont démarré que récemment. Dans les rapports de la première moitié des années 90, on parle encore très peu du «contexte» ou alors on l'interprète essentiellement comme une description verbale plus détaillée des schémas et des tendances (par ailleurs) décrits en chiffres dans les tableaux d'indicateurs.

A ce stade, il convient également de souligner que le réseau multi-villes a eu pour principal objectif jusqu'à présent la mise au point, sur un plan méthodologique, d'indicateurs et de méthodes de collecte de données. Dans ces conditions, on ne s'est pas encore beaucoup soucié de savoir comment combler les lacunes en cas d'absence de données fiables. Dans le cadre de la préparation de la 3e étude multi-villes, nous avons pour la première fois tenté de remédier à cette situation en présentant les estimations d'un certain nombre d'experts informés (voir plus loin le chapitre «Interprétation»). Cette méthode continuant de faire l'objet de débats au sein du Groupe d'experts en épidémiologie, nous avons choisi de ne pas faire figurer ces estimations qualitatives dans les caractéristiques des villes.

Un autre élément d'explication du caractère incomplet des rapports présentés au réseau multi-villes tient au fait que le Groupe d'experts en épidémiologie est, de manière générale, plus axé sur la description que sur l'analyse. Les tendances et les évolutions constatées dans les différentes villes et à l'échelle du réseau sont le plus souvent étudiées telles qu'elles, au niveau de la ville, lors des présentations et discussions en «tour de table» des différentes villes lors des réunions du groupe et entre les villes, dans les rapports de synthèse annuels.

Une analyse scientifique des données recueillies est difficile, non seulement du fait des nombreuses valeurs manquantes dans les données d'indicateurs et dans les séries chronologiques, mais aussi et encore plus du fait que les données ne sont pas disponibles en vue d'une analyse et que le Groupe Pompidou ne dispose que de moyens limités pour constituer une base de données multi-villes et effectuer des analyses.

Ces différents problèmes ont été partiellement résolus dans le présent rapport grâce à la mise au point d'une base expérimentale de données d'indicateurs recueillies dans les 120 (sinon plus) rapports de villes rédigés dans les années 90. Nous nous sommes servis de cette base de données pour procéder à un exercice d'analyse et démontrer les possibilités de la collecte de données (voir plus loin le chapitre «Analyse»). Il est prévu que cette base soit régulièrement actualisée et mise à la disposition de la communauté scientifique dans un proche avenir.

Tendances des indicateurs

Les chiffres et les tendances concernant les différents pays européens dans les années 90 sont présentés sous forme de tableaux et de cartes thématiques pour un certain nombre d'indicateurs. Les chiffres ont été ramenés en taux pour 100 000 habitants afin de tenir compte de la variation du nombre d'habitants selon les agglomérations. Les informations ne sont fournies que si nous disposons d'au moins 10 villes à comparer. Au-delà du caractère manifestement incomplet des données dont nous avons déjà fait état précédemment, on peut faire quelques observations générales:

- L'ampleur des phénomènes mesurés par les indicateurs varie considérablement d'une ville européenne à l'autre, à l'Ouest ou à l'Est.
- Dans les cas où il a été possible de dégager des tendances, la plupart des indicateurs et des villes font état de tendances le plus souvent à la hausse dans les années 90.

La prévalence

Bien que l'on puisse considérer que la prévalence de l'usage de drogue constitue un élément clé de la comparaison entre villes et de la mise en œuvre de politiques et d'interventions adaptées, on manque le plus souvent des données nécessaires. Même lorsque l'on dispose de données, celles-ci sont rarement comparables. Nous n'avons pu présenter de chiffres récents cohérents que pour un élément de la prévalence, à savoir l'usage actuel de cannabis en milieu scolaire, et encore, pour 10 villes seulement. Enfin, nous n'avons pu dégager de tendance que dans 3 villes (Amsterdam, Gdansk, Lisbonne).

Le traitement

La plupart des agglomérations interrogées disposent effectivement de chiffres en matière de traitement et, en particulier, de chiffres concernant la première demande de soins. La qualité et l'exhaustivité de ces données se sont considérablement améliorées dans la deuxième moitié des années 90, à la suite de la mise au point de l'indicateur dans le cadre d'un projet spécifique du Groupe d'experts en épidémiologie auquel ont participé 23 villes. D'une manière générale, la demande de traitement concerne les usagers d'opiacés.

Dans la plupart des villes, les chiffres sont en augmentation, qu'il s'agisse de l'ensemble des demandes de traitement ou des premières demandes. La principale exception concerne la ville d'Amsterdam, où la tendance concernant ces deux chiffres n'a cessé de baisser au long des années 90.

En règle générale, nous pouvons supposer que l'offre de soins fait suite à une demande de traitement. La progression des chiffres relatifs aux traitements pourrait donc donner à penser qu'il y a eu une augmentation des besoins en la matière et une progression de la consommation problématique. Mais nous nous sommes gardés de telles interprétations pour de nombreuses raisons.

Dans plusieurs villes, les tendances reflètent également un phénomène de création de nouvelles structures de prise en charge et d'extension de services existants destinés à compenser l'absence de services appropriés par le passé. Cette situation concerne en particulier les villes d'Europe de l'Est, où le processus de mise en place d'une prise en charge spécialisée n'a souvent démarré que dans les années 90. L'évolution constatée des tendances pourrait également avoir subi l'influence des améliorations apportées aux mécanismes de collecte des données: ainsi, dans certaines villes, les données concernant les traitements recueillies vers la fin des années 90 portent sur un plus grand nombre de centres de soins qu'au début de la décennie. Les différences constatées entre les chiffres relatifs à la première demande et ceux qui concernent l'ensemble des demandes de traitement pourraient effectivement être dues à une modification de la portée ou de la dimension des structures de prise en charge, mais elles subissent également l'influence de la diversité des modes de traitement selon les pays et selon les villes.

Enfin, les chiffres concernant les demandes de traitement reflètent également une modification des attitudes face au problème de la drogue, telle qu'une diminution des interventions de la justice pénale au profit d'un accroissement de la prise en charge dans des structures de soins spécialisées, un phénomène d'ailleurs confirmé par la corrélation entre demandes de traitement et arrestations par la police.

La santé

Dans un grand nombre de villes, l'on a constaté dans les années 90 une augmentation de la mortalité liée à la drogue, à quelques exceptions près. Les chiffres récents varient de près de 20 décès (Oslo) à moins de 2 (Paris, Sofia, Saint-Pétersbourg, Varna) pour 100 000 habitants.

La consommation de drogues par voie injectable est en baisse en Europe de l'Ouest, mais en progression en Europe de l'Est. D'une manière générale, le pourcentage d'usagers de drogue par voie injectable (UDVI) est supérieur dans les villes d'Europe de l'Est par rapport à celles d'Europe de l'Ouest.

L'incidence de l'hépatite B liée à la drogue augmente notamment dans de nombreuses villes russes, où elle est déjà la plus forte. Cette augmentation est peut-être liée à une amélioration du système d'enregistrement dans une structure de prise en charge en cours d'expansion (l'incidence est le plus souvent notée lors d'un traitement), mais le niveau élevé des chiffres relatifs pourrait en tant que tel refléter un niveau élevé de la consommation par voie injectable, de même que l'absence de tout programme d'échange de seringues.

Les données relatives à l'incidence de l'hépatite C et du VIH ne sont recueillies dans le cadre du réseau multi-villes que depuis 1997; à l'heure actuelle, nous n'avons pas encore suffisamment de données disponibles pour pouvoir présenter des tendances comparatives. L'incidence des cas de sida chez les usagers de drogues a augmenté ou est restée stable au cours des années 90, mais, étant donné le délai de séroconversion, les chiffres et les tendances constatés pourraient bien être sans rapport avec la réalité des modes d'usage de drogue dans les années 90.

Les infractions à la législation sur les drogues

Dans de nombreuses villes, on a constaté dans les années 90 une tendance à l'augmentation du nombre d'arrestations pour infractions à la législation sur les drogues. Mais ce phénomène concerne essentiellement les villes d'Europe de l'Est. Les tendances à la hausse du nombre total d'arrestations s'accompagnent souvent d'une tendance à la hausse du nombre d'arrestations pour usage de drogue. Les arrestations liées à une infraction à la législation sur le cannabis ont, elles aussi, augmenté, notamment en Europe de l'Est. Cette augmentation du nombre d'arrestations s'accompagne, dans bien des cas, d'une tendance à la hausse du nombre de condamnations prononcées par les tribunaux pour infraction à la législation sur les drogues.

Le marché de la drogue

Les indicateurs dans ce domaine sont rarement disponibles.

D'une manière générale, le nombre de saisies est en progression ou stable pour toutes les drogues. Stockholm et Malte constituent à cet égard d'importantes exceptions, puisque ces deux villes ont enregistré une tendance à la baisse du nombre de saisies.

Les informations sur la pureté de la drogue et son prix de vente dans la rue sont encore plus rarement disponibles. Elles proviennent essentiellement de sources policières. La cohérence et la fiabilité des données sont sujettes à caution, et le Groupe d'experts en épidémiologie n'a pas encore défini de méthode pour recueillir ce type d'informations.

Tendances globales: comparaisons est-ouest

La lecture des caractéristiques des différentes villes comme celle des tendances d'indicateurs permet de constater d'importantes différences entre les villes d'Europe de l'Ouest et celles d'Europe de l'Est. Nous avons voulu comprendre l'origine de ces variations dans l'évolution des tendances en agrégeant les données d'indicateurs de toutes les villes dans chacune de ces deux régions. Nous avons pu ainsi constater une nette différence entre l'Est et l'Ouest, que ce soit du point de vue du niveau des indicateurs ou de l'orientation des tendances, ce qui confirme la théorie générale selon laquelle le problème de drogue serait apparu en Europe de l'Est en moyenne 10 à 15 ans plus tard qu'en Europe de l'Ouest. Les chiffres moyens concernant l'Est et l'Ouest sont également présentés sous forme graphique, ce qui permet de constater que, dans la plupart des cas, l'Europe de l'Est rattrape rapidement l'Europe de l'Ouest dans les années 90. A la fin de la décennie, en effet, les chiffres moyens relatifs à l'Europe de l'Est sont presque au même niveau que ceux de l'Ouest. Nous avons résumé ci-dessous les principales différences constatées.

Le traitement

Des chiffres plus élevés en Europe de l'Est qu'en Europe de l'Ouest en ce qui concerne les premières demandes de traitement et les urgences non mortelles, et moins élevés pour l'ensemble des demandes de traitement. Les indicateurs relatifs à la demande de traitement ont progressé à l'Est alors qu'à l'Ouest, seul le chiffre concernant l'ensemble des

demandes de traitement est en hausse. Cette dernière constatation traduit peut-être une évolution vers une prise en charge à plus long terme, dans le cadre par exemple de programmes de substitution.

Les usagers de drogues sont plus jeunes à l'Est qu'à l'Ouest au moment de leur premier traitement. On constate que les tendances à l'Est sont à l'opposé de celles qui concernent l'Europe de l'Ouest: en Europe de l'Est, l'âge moyen est en baisse, alors qu'il est en hausse en Europe de l'Ouest.

La santé

L'usage de drogue par voie injectable est plus répandu en Europe de l'Est qu'en Europe de l'Ouest, de même qu'il y est en augmentation, alors qu'il est moins courant et en diminution à l'Ouest. Cette situation est d'ailleurs conforme aux chiffres et aux tendances relatifs à l'incidence de l'hépatite B. S'agissant du sida, les chiffres ne sont pas pour l'instant très différents à l'Est et à l'Ouest, même si, en Europe de l'Est, l'incidence de la maladie est en hausse, ce qui semble normal étant donné que le problème de drogue a fait son apparition plus tardivement dans cette partie du continent et compte tenu du délai dont il faut tenir compte quand on utilise l'incidence du sida pour évaluer l'ampleur du problème de drogue.

Les chiffres moyens concernant la mortalité liée à la drogue sont à peu près les mêmes à l'Est et à l'Ouest, mais cette mortalité est tout de même en progression en Europe de l'Est.

Les infractions à la législation sur les drogues

Les écarts entre les chiffres moyens à l'Est et à l'Ouest sont ici moins nets. Les arrestations pour trafic sont en hausse dans toute l'Europe; le nombre total des arrestations, celui des arrestations pour usage et celui des condamnations pour infraction à la législation sur les drogues sont tous en hausse à l'Est et stables à l'Ouest.

On enregistre davantage d'arrestations pour infractions liées au cannabis en Europe de l'Ouest qu'en Europe de l'Est, ce qui est normal compte tenu du fait que cette drogue est moins répandue dans cette dernière partie du continent.

Le marché de la drogue

Hormis pour l'héroïne, les saisies de drogues sont plus importantes dans les villes d'Europe de l'Ouest que dans celles d'Europe de l'Est. Les tendances à l'Ouest sont stables, alors qu'elles sont en progression à l'Est, exception faite du cannabis.

Analyse: corrélations entre les indicateurs

Comme nous l'avons déjà indiqué, toute analyse des données recueillies dans le cadre du réseau multi-villes est rendue difficile par le nombre important de valeurs manquantes. Toutefois, grâce à de simples algorithmes, nous avons pu remplacer certaines de ces valeurs manquantes dans les séries chronologiques par des valeurs imputées afin d'obtenir un ensemble de données qui permette ne serait-ce qu'une analyse statistique sommaire.

Nous avons étudié les corrélations entre les indicateurs au sein de chaque domaine et entre les domaines. Dans les deux cas, nous avons pu constater un grand nombre de corrélations significatives, dont la plupart s'expliquent aisément et confirment les connaissances courantes en la matière. Ainsi, s'agissant des corrélations constatées au sein d'un même ensemble d'indicateurs, la première demande de traitement est liée à l'ensemble des demandes de traitement (lorsque le nombre de personnes entamant un traitement augmente, le nombre total de personnes soignées augmente); l'incidence de l'hépatite B est liée à la consommation de drogue par voie injectable (l'injection étant le principal facteur de risque pour l'infection); on constate un lien entre les condamnations et les arrestations (celles-ci précédant la sanction par la justice pénale). Par ailleurs, nous avons également constaté des corrélations entre les indicateurs: les indicateurs de traitement sont liés aux indicateurs de santé (les deux catégories d'indicateurs sont liées à l'usage de drogue par voie injectable; l'incidence des infections est généralement enregistrée pour la première fois à l'occasion d'un traitement); il existe un lien entre les données relatives aux traitements et les arrestations (du fait, par exemple, d'un mécanisme d'orientation vers une structure de soins des personnes interpellées au moment de leur arrestation); les arrestations sont liées aux saisies de drogues (la plupart des arrestations font intervenir une confiscation de drogue).

Ces relations entre les indicateurs ont également été analysées séparément pour les villes d'Europe de l'Est et celles d'Europe de l'Ouest, ainsi que pour les petites villes et les plus grandes agglomérations. Les résultats de ces études confirment les différences déjà constatées entre l'Est et l'Ouest, ainsi que la théorie répandue selon laquelle l'usage et les problèmes de drogues sont des phénomènes le plus souvent urbains.

S'agissant des conséquences de ce type d'analyses, nous dirons qu'elles peuvent non seulement enrichir l'interprétation des tendances et des évolutions, mais aussi contribuer à la validation des indicateurs. Bien que chaque indicateur utilisé dans le cadre de l'étude multi-villes soit instructif en tant que tel, l'ensemble des indicateurs a été élaboré d'abord et avant tout pour signaler et suivre des notions abstraites telles que «la situation de la drogue» ou «la situation du problème de la drogue». Dans ce contexte, les corrélations entre les indicateurs actuels montrent également que ces chiffres mesurent plus ou moins le même aspect et que certains d'entre eux sont peut-être redondants.

Bien que nous admettions les limites des analyses auxquelles nous nous sommes livrés sur l'ensemble des données fragmentaires dont nous disposions dans le cadre de l'étude multi-villes, nous avons tenu à en inclure les résultats dans le présent rapport afin d'encourager et d'inciter d'autres chercheurs à se détourner quelque peu des éternels problèmes de collecte de données, apparemment inhérents au phénomène de l'usage de drogue, pour approfondir plutôt l'étude des données limitées que nous possédons.

Interprétation: l'enquête des experts

Dans le dernier chapitre de la 3e Etude multi-villes, nous débattons des résultats d'un exercice d'«interprétation» auquel se sont livrés certains experts du Groupe épidémiologie. Comme nous l'avons déjà indiqué, nous avons ajouté cette enquête pour traiter de certains aspects qui ne sont pas couverts ou ne le sont que de manière incomplète dans les rapports présentés par les différentes villes au fil des années 90.

La consommation problématique de drogues

Dans le cadre de ce sondage réalisé auprès des experts, l'ampleur de la consommation problématique de drogues a été estimée à partir du nombre d'usagers dont on suppose qu'ils auraient besoin d'un traitement. Le taux varie d'environ 70 (Debrecen) à près de 1 800 (Bratislava) pour 100 000 habitants. Si l'on compare cette donnée aux chiffres concernant le nombre d'usagers effectivement soignés (ensemble des demandes de traitement) dans la plupart des villes, on peut estimer que le pourcentage de besoins satisfaits varie de 10 à 25 % seulement; à Dublin et Paris, cette proportion atteindrait environ 50 %, alors qu'à Amsterdam et à Gdansk, les services spécialisés accueilleraient à peu près 75 % des usagers «à problème». Il convient de remarquer, dans le cas de ces deux dernières villes, que l'estimation de la consommation problématique repose sur un modèle structuré de «capture-recapture» fondé sur les données de traitement.

Prévalence de l'usage de drogue. Drogues nouvelles et drogues anciennes

Les experts ont également été invités à classer différentes drogues en fonction de leur prévalence du moment dans la population générale et de leur consommation problématique par des usagers, en comparant la situation au début et à la fin des années 90. Les résultats de cette enquête sont présentés sous forme de «pyramides de l'usage de drogues illicites» dans les villes d'Europe de l'Est et de l'Ouest, ainsi que dans un certain nombre de petites et de grandes agglomérations. Outre ces classements par ordre d'importance de la prévalence au début et à la fin de la période de référence, nous avons également demandé aux experts de nous indiquer comment ils percevaient l'évolution des différentes drogues et de qualifier chacune d'entre elles de nouvelle ou d'ancienne par rapport à la situation des années 80.

Les résultats obtenus permettent de faire les constatations suivantes:

- Le cannabis reste la drogue la plus répandue dans la population générale en Europe de l'Ouest; à l'Est, les substances inhalées ne sont plus désormais plus répandues que le cannabis, puisqu'à la fin des années 90 c'est bien cette dernière drogue qui est également la plus populaire à l'Est.
- Aux drogues traditionnelles en Europe de l'Est, substances inhalées et extraits d'opiacés, se sont substituées dans les années 90 les amphétamines et l'héroïne.
- L'héroïne est la drogue la plus répandue à l'Ouest comme à l'Est chez les usagers problématiques.
- La cocaïne reste peu importante en Europe de l'Est; à l'Ouest, elle se place désormais au deuxième rang derrière le cannabis.
- La taille des agglomérations n'a pas d'incidence sur les prévalences relatives des différentes drogues.
- En Europe de l'Est, la plupart des drogues sont considérées comme étant plus ou moins nouvelles par rapport à la situation des années 80, alors que certains voient dans les extraits d'opiacés et les substances inhalées des drogues anciennes. En Europe de l'Ouest, aucune drogue ne semble avoir disparu dans les années 90, mais beaucoup voient dans l'ecstasy et le crack des drogues nouvelles.
- La consommation de la plupart des drogues est en hausse, à l'Est comme à l'Ouest, sauf pour les substances inhalées et les extraits d'opiacés. Il arrive relativement souvent que le crack soit considéré comme inexistant.

Stades épidémiologiques

Outre notre enquête d'interprétation et la discussion de ses résultats par le groupe épidémiologie, nous avons également tenté d'utiliser un modèle épidémiologique de l'usage de drogue. Dans le cadre de ce modèle, nous avons distingué cinq stades de la propagation des substances psychotropes, qui correspondent à la progression des niveaux de prévalence:

1. *Le stade endémique:* l'usage de drogue est très nettement limité à certaines cohortes d'âge, catégorie socio-économiques ET régions géographiques.

2. *Le stade endémique-épidémique:* l'usage de drogue se répand à certaines autres cohortes d'âge, catégories socio-économiques OU régions géographiques.

3. *Le stade épidémique:* l'usage de drogue se répand dans plusieurs cohortes d'âge, catégories socio-économiques OU régions géographiques différentes.

4. *Le stade épidémique-pandémique:* l'usage de drogue n'est pas (ou plus) limité à certaines cohortes d'âge, catégories socio-économiques ET régions géographiques clairement définissables.

5. *Le stade pandémique:* l'usage de drogue se répand aux différentes cohortes d'âge, catégories socio-économiques ET régions géographiques.

Les résultats de l'enquête indiquent qu'à l'heure actuelle l'usage du cannabis a atteint le stade 4 en Europe de l'Ouest et le stade 3 en Europe de l'Est. La consommation d'héroïne et d'amphétamines pourrait avoir atteint le stade 2 en Europe de l'Est et de l'Ouest. En Europe de l'Ouest, la consommation de cocaïne et d'ecstasy aurait également atteint le stade 2. Pour les autres drogues, on n'aurait pas encore dépassé le stade 1.

Comme pour notre analyse des relations entre indicateurs, notre étude des modes de diffusion de l'usage de drogue n'est qu'une première étape dans la réalisation d'un modèle épidémiologique. Encore une fois, nous avons fait figurer les résultats de cet exercice dans la 3e Etude multi-villes pour inciter d'autres chercheurs à entreprendre des études supplémentaires.

La situation générale de la drogue sur le plan local

En complément final de l'ensemble des informations sur la situation et les évolutions locales recueillies et présentées ces dix dernières années dans le cadre du réseau multi-villes du groupe épidémiologie, nous avons demandé aux experts de classer les villes participantes sur une échelle destinée à évaluer, dans chaque cas, à la fois l'ampleur du problème et celle des interventions.

Les résultats confirment une fois de plus le clivage général Est-Ouest en Europe. La plupart des villes d'Europe de l'Est sont confrontées à un problème de drogue de plus en plus sérieux, sans avoir pour autant mis en œuvre des mesures suffisantes pour le maîtriser. En Europe de l'Ouest, par contre, les experts estiment selon les cas que le problème s'améliore ou s'aggrave, mais que, dans l'ensemble, la situation reste largement maîtrisée.

Il faut noter, par ailleurs, que l'on dénombre toujours plus de villes en Europe de l'Est qu'en Europe de l'Ouest ne faisant état d'aucun problème de drogue sérieux.

Conclusions

En ce qui concerne l'Etude multi-villes menée dans les années 90, le changement le plus important a été l'intégration dans le réseau de villes d'Europe de l'Est depuis le milieu des années 90. D'une manière générale, cet élargissement s'est accompagné d'une amélioration de la collecte de données, puisque les villes d'Europe de l'Est sont plus susceptibles de faire des «Lignes directrices en matière de rapports», la base de collecte locale de données. Bien que la majorité des villes russes n'aient rejoint le réseau qu'au cours des deux dernières années, elles ont tout de même réussi à terminer des séries chronologiques de données d'indicateurs couvrant l'essentiel de la période de référence. Parallèlement, on note également une baisse de la participation des villes d'Europe de l'Ouest. Certaines ont en effet cessé de contribuer au réseau, tandis que d'autres ne parviennent plus à fournir des rapports complets. Cette évolution en Europe de l'Ouest est liée au fait que les systèmes de rapports ont de plus en plus tendance à délaisser l'échelon local au profit de l'échelon national depuis l'ouverture de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

L'augmentation du nombre de villes dans le réseau permet de mieux comprendre les tendances et les évolutions à l'échelle du continent européen. Dans le présent rapport, nous nous sommes tout particulièrement intéressés à cet égard à la dimension Est-Ouest.

Par ailleurs, le nombre croissant de villes participant au réseau limite également les possibilités d'étude des tendances. En effet, l'élargissement du réseau ne s'est pas accompagné des réformes qui se seraient imposées s'agissant de la collecte, du stockage et de la présentation des données. Le mode de transmission des informations – sous forme de «rapports de villes» descriptifs annuels sur papier ou sur version électronique – reste essentiellement le même. La révision des Lignes directrices en 1998 a effectivement contribué à une meilleure structuration de l'information présentée, mais elle n'a pas entraîné de réduction du volume de l'information fournie, ni de révision des priorités en matière d'informations. De ce fait, les informations fournies par les différentes villes sont moins accessibles qu'auparavant. Dans un grand nombre de cas, la lecture et l'étude des rapports, des notes et des tableaux d'indicateurs ne permettent pas de dégager de vision d'ensemble a priori, et ce, en ce qui concerne les quelque 40 villes différentes.

Dans le cadre de la 3e Etude multi-villes, nous sommes parvenus à remédier à quelques-unes de ces difficultés en constituant une base de données cohérentes pour la période 1991-1998. Cette initiative n'a peut-être pas résolu les problèmes structurels de collecte et de stockage des données multi-villes, mais elle a permis de présenter dans le présent rapport un ensemble complet de caractéristiques pour chaque ville participante, un aperçu général de l'évolution des tendances européennes et une tentative d'analyse des relations et des changements constatés.

S'agissant de l'ensemble des informations recueillies dans le cadre du réseau au cours des années 90, nous avons pu faire un certain nombre d'observations générales:

- L'usage de drogues illicites est désormais un phénomène durable en Europe; même si la consommation régulière reste assez rare, l'expérimentation et l'usage occasionnel constituent aujourd'hui un élément courant de la culture des jeunes en Europe. A cet égard, le rattrapage de l'Europe de l'Ouest par l'Europe de l'Est semble être une conséquence inévitable de la démocratisation et de l'ouverture des frontières après la chute des régimes communistes dans ces pays.
- En Europe de l'Ouest, région du continent où l'usage de drogues illicites a fait son apparition, les répercussions de ces pratiques (demande de soins, conséquences sanitaires, interventions de la justice pénale) ont tendance à se stabiliser; par contre, les tendances à la hausse constatées en Europe de l'Est s'accompagnent d'une progression constante de l'usage de drogue dans le cadre du phénomène de «rattrapage» susmentionné.
- Les différences de contexte (géographie, politiques, etc.) semblent avoir davantage de retentissement sur les répercussions néfastes de l'usage de drogue que sur l'ampleur même de cette consommation.

2
Introduction

Objectifs de l'Etude multi-villes

En 1982, la Conférence ministérielle du Groupe Pompidou a institué le Groupe d'experts en épidémiologie, en le chargeant d'élaborer des mécanismes de suivi susceptibles d'évaluer la nature et l'ampleur des problèmes créés par l'abus de drogues dans le domaine social et dans celui de la santé publique.

Le Groupe d'experts en épidémiologie a adopté d'emblée une démarche fondée sur la ville et s'est constitué en une sorte de réseau multi-villes. Ce choix reposait sur l'argument selon lequel l'échelon de la ville conviendrait mieux que le niveau national à l'élaboration et à la mise en œuvre de systèmes de suivi adaptés. En effet, à l'échelle plus limitée de la ville, il est plus facile de tenir compte du contexte pour interpréter chiffres et tendances. Il y avait également le fait qu'au début des années 80 les problèmes de drogues étaient essentiellement concentrés dans les milieux urbains ou métropolitains.

Depuis 1983, le groupe épidémiologie a présenté et discuté chaque année un grand nombre de rapports sur différentes villes ainsi que des rapports de synthèse sur l'évolution des tendances entre plusieurs villes. Toutes ces activités, désormais regroupées sous l'appellation d'«étude multi-villes du Groupe Pompidou», visent les objectifs suivants:

- élaborer des méthodes et des indicateurs uniformes, qui décrivent les modes et les évolutions de l'usage de drogue et les situations problématiques qui lui sont associées;
- étudier les caractéristiques et les tendances de l'usage de drogue et des problèmes y afférents, en comparant les situations et les évolutions d'une ville à l'autre.

Dans le cadre de l'Etude multi-villes, le Groupe d'experts en épidémiologie a rédigé plusieurs rapports sur les méthodes de collecte de données et sur certains indicateurs, notamment les actes de séminaires scientifiques sur les questions de suivi et les aspects méthodologiques. C'est ainsi que l'on est parvenu, entre autres résultats, à mettre au point un ensemble d'indicateurs standardisés et de formats de présentation d'informations permettant de suivre l'évolution de la situation de la drogue. Ces indicateurs ont été publiés avec les Lignes directrices de l'étude multi-villes et constituent le fondement des rapports de villes annuels. Plusieurs des normes en matière d'indicateurs décidées et mises au point par le groupe ont aujourd'hui été intégrées aux systèmes nationaux de suivi de certains pays européens et au système de rapports par indicateur clé de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Dans les rapports périodiques de l'étude multi-villes, le groupe d'experts en épidémiologie résume et intègre les tendances et les évolutions constatées dans chaque ville européenne étudiée pendant un certain nombre d'années. La première étude multi-villes, publiée en 1987, examinait la validité, la pertinence et la comparabilité d'un certain nombre d'indicateurs utilisés pour évaluer les tendances de l'usage de drogue. Cette première étude portait sur 7 grandes villes européennes (Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Paris, Rome, Stockholm) et présentait les évolutions constatées jusqu'en 1985. Avec la deuxième étude publiée en 1994 et portant sur les tendances constatées jusqu'en 1991, le nombre de villes étudiées est passé à 13, avec en plus Barcelone, Copenhague, Genève, Oslo, Helsinki et Lisbonne.

Cette 3e Etude multi-villes porte sur la période 1991-1998 et couvre 42 villes. Une telle progression du nombre de villes étudiées reflète l'élargissement du champ des activités épidémiologiques du groupe alors que, dans les années 90, la plupart des pays d'Europe de l'Est ont rejoint le Groupe Pompidou et que certaines villes de ces pays ont rejoint le réseau multi-villes. Compte tenu de cette évolution, ce troisième rapport s'intéresse tout particulièrement aux différences entre l'Europe de l'Ouest et l'Europe de l'Est.

Le système des rapports multi-villes

La structure fondamentale des rapports à fournir dans le cadre du réseau multi-villes est présentée dans les Lignes directrices, qui exigent un système de rapports standardisé. Au cours des années 90, ces directives ont été modifiées à quelques reprises et adaptées en fonction de l'évolution des besoins d'information, des possibilités de chaque ville en matière de collecte de données et de la nécessité d'une démarche plus systématique compte tenu du nombre croissant de villes participantes. Au fil des années, toutefois, les thèmes suivants en sont venus à constituer la base des rapports présentés par chaque ville:

- données d'indicateurs liées à l'usage de drogue et aux problèmes de drogue;
- méthodes et sources de données pour la collecte de données d'indicateurs;
- information contextuelle;
- tendances et évolutions.

Les données d'indicateurs

Les données d'indicateurs sont au cœur des rapports présentés par les différentes villes. Les Lignes directrices proposent un certain nombre de définitions et de formats pour la présentation de chaque indicateur. Ces indicateurs recouvrent les domaines suivants:

- la prévalence: chiffres de prévalences concernant à la fois des enquêtes en population générale et en milieu scolaire; estimations de l'usage problématique de drogues;
- les traitements: première demande de traitement et ensemble des demandes; substitution aux opiacés (depuis 1997); échange et distribution de seringues (depuis 1997); urgences non mortelles liées à la drogue; admissions en hôpital général ou psychiatrique (jusqu'en 1996);
- le comportement sanitaire et les risques pour la santé: estimations de la consommation de drogue par voie injectable; mortalité liée à la drogue; morbidité liée à la drogue (hépatite, VIH, sida);
- les infractions à la législation sur les drogues : arrestations pour infractions à la législation sur les drogues; poursuites (depuis 1997) et condamnations pour infractions à la législation sur les drogues; usagers de drogues en prison (jusqu'en 1996);
- le marché de la drogue: saisies; prix et pureté de la drogue vendue dans la rue.

Dans la troisième révision des Lignes directrices (publiée en 1998 et applicable pour les données de 1997 et au-delà), certains indicateurs ont été abandonnés, tandis que d'autres ont été ajoutés. De nouveaux indicateurs ont été introduits pour traiter d'aspects importants des politiques de réduction des risques (substitution aux opiacés et échanges de seringues) ou pour mieux suivre les évolutions en matière de répression (poursuites). Un indicateur distinct concernant les admissions en hôpital général ou psychiatrique n'est plus nécessaire désormais puisque l'indicateur de traitement, auparavant limité aux seuls services spécialisés dans la prise en charge de la toxicomanie, couvre à présent tout le dispositif de soins proposés aux usagers de drogues. Enfin, l'information sur les usagers de drogues en prison n'est plus prise en compte étant donné que l'on considère que les données relatives aux prisons en milieu urbain n'ont, dans la plupart des cas, pas de rapport avec la situation locale sur le plan de la drogue.

Méthodes et sources de données

Conformément aux objectifs méthodologiques de l'étude multi-villes, les données d'indicateurs sont complétées par des informations sur les sources de données, la couverture des données et les méthodes de collecte. Il est essentiel de disposer d'informations sur ces différents points pour pouvoir évaluer la fiabilité et la comparabilité des données.

Pour souligner l'importance de la méthodologie dans la collecte des données, la 3e révision des Lignes directrices a introduit un questionnaire permettant de recueillir ces informations pour chaque indicateur.

Contexte

Les données d'indicateurs sont à l'image de l'environnement dans lequel elles sont recueillies. Ce contexte est important pour comprendre les chiffres et interpréter les tendances, en particulier lors des comparaisons entre les villes. Il peut s'agir de caractéristiques démographiques, socio-économiques et socioculturelles propres à la ville, des antécédents locaux en matière d'usage de drogue, d'informations sur le dispositif de prise en charge, de données sur l'évolution de la politique de lutte contre la drogue, sur la législation en matière de drogue ou encore de descriptions des réactions et des attitudes du public face au phénomène de l'usage de drogue.

Bien que la nécessité de disposer d'informations contextuelles soit largement admise, on a encore un certain nombre de difficultés à sélectionner les informations les plus pertinentes, celles qui s'ajoutent à la compréhension et à la comparabilité des données d'indicateurs. Les études comparatives des modes de consommations de drogues qui tiennent compte des contextes sont relativement rares. A ce jour, la plupart des informations contextuelles continuent d'être collectées librement, sans format prédéfini. Si cette manière de procéder laisse à l'expert toute latitude d'aborder les aspects spécifiques à la ville qui le concerne, elle a pour inconvénient de limiter l'analyse comparative, puisque chaque expert risque de s'intéresser en priorité à des éléments différents. Récemment, le Groupe des experts en épidémiologie a toutefois lancé un certain nombre d'initiatives visant à améliorer le champ et la comparabilité des informations contextuelles en organisant des ateliers d'interprétation dans le cadre de ses réunions annuelles.

Tendances et évolutions

Un résumé des tendances d'indicateurs et des observations effectuées au sujet des tendances nouvelles ou en voie de disparition s'agissant de certaines drogues, de certaines modes de consommation, de certains groupes «à risque» et des effets de l'usage de drogue vient compléter l'ensemble des rapports fournis par chaque ville.

Jusqu'en 1998, les informations relatives aux tendances faisaient partie des données d'indicateurs et étaient presque exclusivement limitées aux tendances quantitatives observées découlant de l'évolution des données d'indicateurs. Toutefois, les nouvelles Lignes directrices de 1998 sont plutôt axées sur l'aspect qualitatif des informations fournies au sujet des tendances et des évolutions. C'est ainsi que les rapports multi-villes invitent non seulement les membres du groupe épidémiologie à présenter des données relatives à chaque ville mais aussi à faire un rapport sur la ville en tant qu'experts informés.

Les limites du système de rapports

Il convient de remarquer que la structure générale du système de rapports susmentionné ne correspond pas toujours à celles des «rapports de villes» présentés ces dernières années. En réalité, les rapports présentés par les différentes

villes du réseau sont extrêmement variables du point de vue de l'information qu'ils contiennent, de leur contenu et de leur niveau de détail, en raison du fait que l'information demandée n'est pas toujours disponible à l'échelle de la ville et, autre élément sans doute plus important, en raison d'un manque de moyens suffisants pour réaliser des rapports annuels complets pour chaque ville. En outre, un grand nombre des améliorations introduites dans les Lignes directrices de 1998 n'ont pas encore été adoptées dans tous les rapports présentés jusqu'à présent.

Il faut noter également que le système de rapports multi-villes s'est toujours limité à des données d'indicateurs quantitatives et objectives ou à des estimations fondées sur des méthodes scientifiques solides. En effet, l'objectif essentiel consiste à se concentrer sur la méthodologie de l'élaboration des indicateurs et de la collecte de données.

Bien que la disponibilité de données se soit améliorée depuis dix ans à l'échelle du réseau, un grand nombre de villes n'ont toujours pas de données à présenter sur le format des indicateurs normalisés. De ce fait, dans la plupart des cas, on n'obtient qu'une image incomplète de la situation et de l'évolution des différentes villes. Autre élément plus important encore, le grand nombre de données d'indicateurs manquantes empêche toute possibilité d'analyse des schémas et des tendances à l'échelle européenne.

Etant donné que cette situation n'est pas susceptible d'évoluer très rapidement dans un avenir prévisible, il a déjà été prévu d'inclure des informations de tendances qualitatives dans les nouvelles Lignes directrices de 1998. Dans le cadre de cette 3e Etude multi-villes, nous avons également procédé à une enquête séparée auprès des experts du groupe épidémiologie pour compléter les données d'indicateurs disponibles par les estimations des experts eux-mêmes sur un certain nombre de questions (voir ci-dessous). Il conviendra de déterminer à l'avenir si ce genre d'estimations doit figurer systématiquement dans le corps du système de rapports de l'étude multi-villes.

La structure de la troisième Etude multi-villes

La 3e Etude multi-villes présente un aperçu global des évolutions constatées dans les villes ayant participé au réseau à un moment ou à un autre au cours des années 90. Nous présentons l'information de trois manières différentes:

- Chapitre 3: Caractéristiques des villes,
- Chapitre 4: Tendances européennes,
- Chapitre 5: Analyse et interprétation.

Caractéristiques des villes

Dans ce chapitre, nous présentons une description synthétique des villes participantes. Chaque fiche comprend deux parties:

- des données contextuelles;
- des données et des tendances d'indicateurs.

Les informations contextuelles reposent sur la section correspondante des «rapports de villes». Dans la plupart des cas, nous nous sommes servis du dernier rapport disponible. Les *Données et tendances d'indicateurs* présentent les données les plus récentes concernant les indicateurs et une représentation graphique de l'évolution des tendances les concernant. Etant donné que nous estimons que les données antérieures à 1996 sont trop anciennes pour figurer dans un rapport à paraître en 2000 et que nous exigeons d'avoir des données relatives à au moins trois années différentes au cours de la période de référence pour dégager une tendance, nous n'avons pu présenter de chapitre *Caractéristiques des villes* que pour 31 des 42 villes ayant pris part au réseau dans les années 90.

Tendances européennes

Dans ce chapitre, nous présentons les tendances à l'échelle européenne de deux manières différentes.

- 4.1 Les tendances d'indicateurs,
- 4.2 Les tendances globales.

Les tendances d'indicateurs présentent, pour chaque indicateur, les données les plus récentes (depuis 1996, voir plus haut) et les tendances par ville. Pour permettre une comparaison entre villes, les données d'indicateurs ont été ramenées en taux pour 100 000 habitants. L'évolution des tendances est appréciée à partir d'un modèle statistique et présentée sous forme de simple échelle ordinale («en hausse», «en baisse» et «stable») sous forme de tableaux et de cartes.

Dans le chapitre *Tendances globales,* nous donnons une représentation graphique des tendances moyennes de l'évolution des indicateurs (encore une fois ramenées en taux pour 100 000 habitants) dans les villes d'Europe de l'Est et d'Europe de l'Ouest. Cette décision de comparer l'Est et l'Ouest en fusionnant les données s'explique par l'observation faite au point 4.1 de nettes différences entre les indicateurs concernant les villes des deux parties du continent, de même qu'elle reflète l'élargissement du Groupe Pompidou dans les années 90 avec l'adhésion des pays d'Europe de l'Est.

Analyse et interprétation

Nous terminons le rapport par une tentative d'analyse et d'interprétation des tendances à l'échelle du réseau multi-villes dans les années 90. Nous employons ce terme de «tentative» dans la mesure où nous devons admettre que la collecte de données dans le cadre de l'étude multi-villes ne répond pas vraiment à toutes les exigences d'une analyse (statistique) scientifique, essentiellement du fait du grand nombre de valeurs manquantes, que ce soit entre les villes ou entre les années de la série chronologique 1991-1998. Ce chapitre comporte deux parties:

- 5.1 Analyse,
- 5.2 Interprétation.

Dans le sous-chapitre *Analyse*, nous étudions les corrélations entre les indicateurs composant le système de rapports. Aux fins de cette analyse, nous avons tenté de contourner les écueils du processus de collecte de données multi-villes en imputant les données manquantes dans les séries chronologiques des différentes villes.

Dans le sous-chapitre *Interprétation*, nous avons tenté d'analyser les tendances et les évolutions, deux thèmes qui, jusqu'à présent, ne sauraient être réellement couverts par la collecte de données dans le cadre de l'étude multi-villes mais qui sont considérés comme essentiels à l'avenir du système de rapports multi-villes. Cette analyse repose sur une enquête réalisée auprès des experts du groupe épidémiologie en 1999 et sur les discussions que nous avons pu avoir avec eux par la suite. Elle aborde les aspects suivants:

- la consommation problématique de drogues et, en particulier, la mesure dans laquelle l'offre de soins répond à la demande;
- l'évolution des schémas de prévalence et l'apparition (ou disparition) de certains types de drogues particuliers;
- les différents stades épidémiologiques de l'usage de drogue;
- une évaluation générale des situations locales sur le plan de l'usage de drogue.

A la suite des observations du chapitre 4 sur les différences entre l'Europe de l'Est et l'Europe de l'Ouest, nous tenterons dans le chapitre *Analyse* comme dans le chapitre Interprétation de faire une distinction entre l'Est et l'Ouest s'agissant des évolutions constatées et des situations respectives des deux parties du continent.

Nous sommes conscients du fait que les méthodes employées au chapitre 5 risquent de susciter critiques scientifiques et discussions. Nous sommes convaincus cependant que les exercices présentés, même compte tenu de la limitation et de l'imperfection des données, peuvent contribuer à l'élaboration d'autres systèmes pertinents et significatifs de transmission d'informations dans ce domaine complexe qu'est l'usage de drogue et encourager d'autres chercheurs à utiliser les données d'indicateurs pour mettre au point des modèles explicatifs.

3
Caractéristiques des villes

Mode de présentation des données

Dans ce chapitre, nous présentons les caractéristiques des villes pour lesquelles les experts du groupe épidémiologie ont fourni des rapports au cours de la période 1991-1998. Chaque fiche comprend deux chapitres:

- *Des informations contextuelles*
- *Des indicateurs et des tendances*

Le but de ce chapitre est de donner un aperçu rapide des tendances constatées dans les années 90, des données d'indicateurs récentes et des informations contextuelles. Les données présentées constituent une synthèse des rapports fournis par les experts concernant les différentes villes dans les années 90. Elles sont par ailleurs à l'image des fluctuations intervenues dans le degré de participation des villes au réseau multi-villes. Certaines villes ont en effet mis un terme à leur participation dans les années 90, tandis que d'autres s'y sont jointes et que de nombreuses autres n'ont pas présenté de rapports (complets) chaque année.

Les informations contextuelles

Pour comprendre les tendances de l'évolution des données d'indicateur, il est nécessaire de disposer d'informations sur le contexte dans lequel ces tendances se situent. Bien que la nécessité de disposer de ce type d'informations générales ait été reconnue d'emblée par le réseau multi-villes, les données contextuelles sont souvent négligées du fait que l'on se concentre sur les indicateurs et les problèmes y afférents de collecte de données. Dans la première moitié des années 90, il était très rare de trouver dans les rapports des villes la moindre information contextuelle. Depuis l'adoption des nouvelles Lignes directrices en 1997, qui comportent une série de questions spécifiques relatives au contexte, la plupart des rapports contiennent des données contextuelles, mais l'on constate aussi que nous n'avons pas encore d'idées très précises quant à l'étendue, au degré de détail et à la nature des informations à fournir. De ce fait, la quantité d'informations contextuelles disponibles varie considérablement d'une ville à l'autre.

Nous présentons ici pour chaque ville et sous forme résumée les informations disponibles sur les points suivants:

- *La géographie du pays*
- *L'historique et les profils de la consommation de drogues*
- *Les interventions et la politique en matière de drogues*

Dans la section *géographie,* il s'agit de passer en revue les aspects démographiques, socio-économiques et autres éléments connexes mais les informations fournies restent, dans la plupart des cas, très sommaires. S'agissant de l'historique et des profils de la consommation de drogues, de même que de la section sur les interventions, nous avons tenté d'éviter de reproduire ici des informations qui, en principe, doivent déjà pouvoir être obtenues à la lecture des indicateurs et des tendances.

Indicateurs et tendances

Toutes *les valeurs concernant les indicateurs* ont trait à 1998, sauf indication contraire en italiques à côté des chiffres. Toutefois, l'année de coupure concernant les données «récentes» a été arbitrairement fixée à 1996; si les derniers chiffres disponibles sont antérieurs à 1996, aucune donnée n'est présentée.

Les tendances sont présentées sous forme graphique, mais uniquement si nous disposons d'au moins 3 chiffres annuels pour l'une des données figurant dans le graphique. Les graphiques de tendances, toutefois, peuvent couvrir des données antérieures à 1996.

Du fait de ces critères de sélection, seules figurent ici les caractéristiques de 31 des 42 villes ayant participé au réseau multi-villes à un moment donné entre 1991 et 1998.

Par souci de simplicité, les graphiques de tendances ne comportent pas de légendes. Les barres et les lignes correspondent aux éléments recensés dans les tableaux d'indicateurs adjacents et reprennent la couleur des cases figurant à côté de ces éléments.

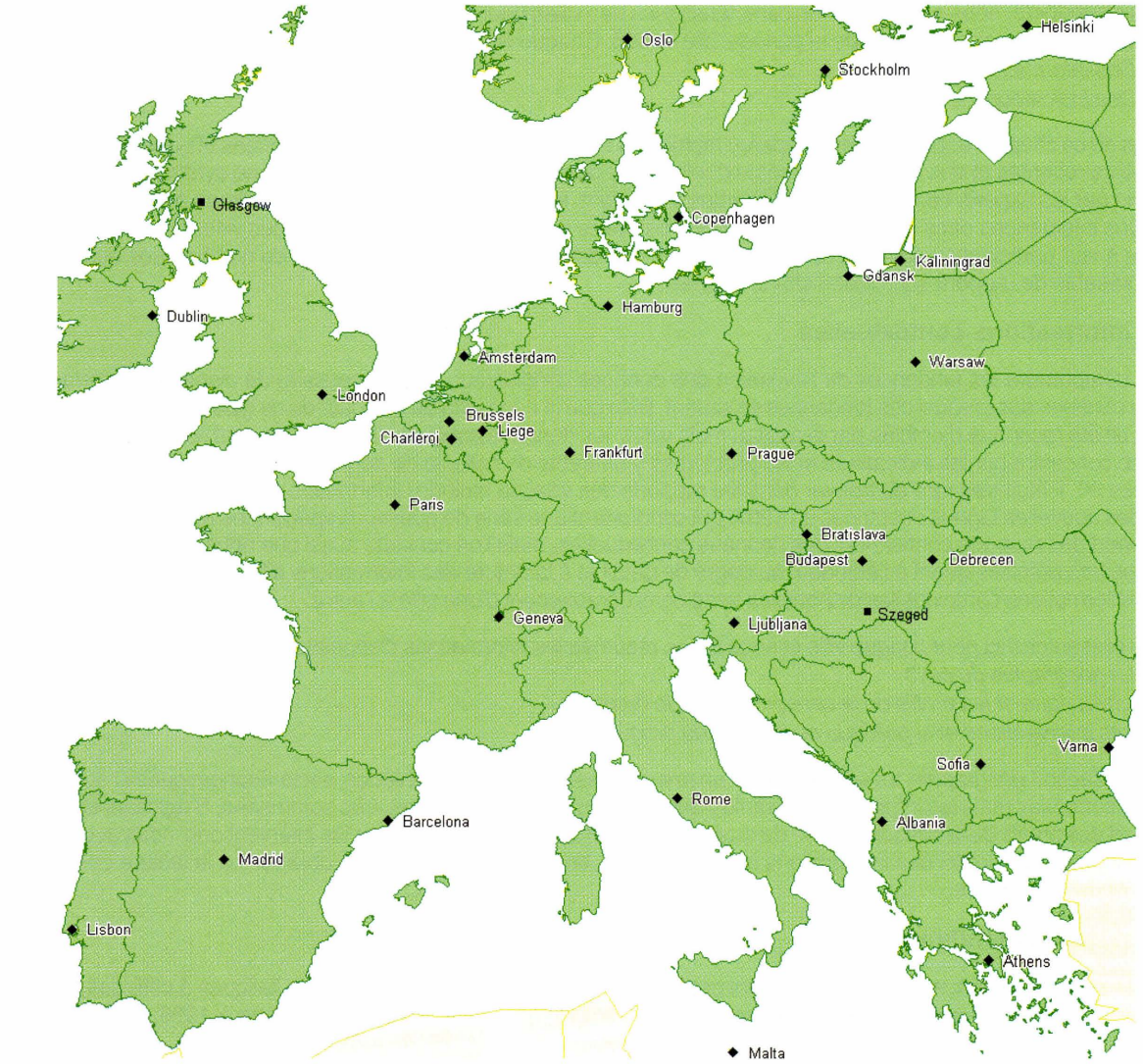
Les graphiques de tendances visent uniquement à présenter des évolutions relatives des données d'indicateurs au niveau de la ville et pas à «lire» de véritables chiffres. L'axe des x correspond dans tous les cas à la série chronologique 1991-1999, mais les échelles de l'axe des y peuvent varier selon les graphiques et les villes. Les graphiques de tendances ne permettent donc pas de comparaisons eu égard à l'ampleur des différents indicateurs concernant une ville en particulier ou des mêmes indicateurs à l'échelle de différentes villes.

Le réseau multi-villes 1991-1998

La carte et le tableau figurant sur les deux pages suivantes donnent un aperçu des villes ayant participé au réseau multi-villes entre 1991 et 1998. Le tableau indique également les villes pour lesquelles on dispose de caractéristiques, ainsi que le nom de l'expert en épidémiologie ayant préparé le «rapport de ville» original.

Dans deux cas, soit celui de l'Albanie et de Malte, la section relative aux caractéristiques a été remplacée par un «profil pays»: dans le cas de l'Albanie, ce choix a été fait en raison des problèmes actuels que pose la collecte de données au niveau local, et dans celui de Malte, en raison du fait que la région et la population urbaine coïncident plus ou moins avec le pays dans son ensemble.

Les villes membres du réseau multi-villes pendant la période 1991-1998



Les villes membres du réseau multi-villes pendant la période 1991-1998

ville	pays	profil inclus	auteurs du rapport pour la ville dans les années 90
ALBANIE	Albanie	●	*Eduard Kakarriqi, Z.Sulaj*
AMSTERDAM	Pays-Bas	●	*Peter Cohen, Ruud Bless, Steven Diemel ...*
ATHÈNES	Grèce	●	*Anna Kokkevi, Kyriaki Politikou*
BARCELONE	Espagne	●	*Teresa Brugal, Joan Caylà, Luis Torralba*
BRATISLAVA	Rép. slovaque	●	*Alojz Nociar*
BRUXELLES	Belgique		*Mark Vanderveken*
BUDAPEST	Hongrie	●	*Eva Katona, Katalin Veress,*
CHARLEROI	Belgique		*Benoît De Clerk*
COPENHAGUE	Danemark	●	*Elisa Dall, Dorrit Schmidt*
DEBRECEN	Hongrie		*Zsuzsa Varsavovski*
DUBLIN	Irlande	●	*A.O'Hare, K.O'Higgins, Mary O'Brien ...*
FRANCFORT	Allemagne		*Oliver Müller*
GDANSK	Pologne	●	*Jacek Sekiewicz*
GENÈVE	Suisse	●	*Dominique Hausser, Isabelle Renschler*
GLASGOW	Royaume-Uni		*Martin Frischer*
HAMBOURG	Allemagne	●	*K.J.Lange*
HELSINKI	Finlande	●	*Osmo Kontula*
IEKATERINBOURG	Féd. de Russie		*J.Ruzhnikov*
KALININGRAD	Féd. de Russie	●	*V.Amenitsky*
KEMEROVO	Féd. de Russie	●	*A.Seledtsov*
KRASNODAR	Féd. de Russie	●	*V.Kolesnikov, I.Koikova*
LIÈGE	Belgique		*Luc Bils, Isabelle Noirfalisse ...*
LISBONNE	Portugal	●	*Luisa Rodrigues, C.Antunes, Z.Mendes ...*
LJUBLJANA	Slovénie	●	*Dusan Nolimal, T.Jerman, Miljana Vegnuti ...*
LONDRES	Royaume-Uni		*Richard Hartnoll, Paul Griffith ...*
MADRID	Espagne		*Plan Municpal sobre las Drogas*
MALTE	Malte	●	*Richard Muscat*
MOSCOU	Féd. de Russie	●	*Eugenia Koshkina, A.Shamota*
NOVOSSIBIRSK	Féd. de Russie	●	*R.Terkulov*
ORENBOURG	Féd. de Russie	●	*Andrej Karpets, V.Karpets*
OSLO	Norvège	●	*Astrid Skretting*
PARIS	France	●	*M.Toussirt, R.Ingold, F.Facy, A.Toufik ...*
PERM	Féd. de Russie	●	*S.Elovikov, V.Sokolov*
PRAGUE	République tchèque	●	*Ladislav Csémy*
ROME	Italie		*Ustik Avico, Laura Camoni ...*
SOFIA	Bulgarie	●	*Philip Lazarov*
STOCKHOLM	Suède	●	*Börje Olsson*
St PÉTERSBOURG	Féd. de Russie	●	*Galina Korchagina, Y.Vasiliev*
SZEGED	Hongrie		*Károly Zelenai, György Talabér*
VARNA	Bulgarie	●	*Gueorgui Popov*
VARSOVIE	Pologne	●	*Janusz Sierolawski, Antoni Zielinski e.a.*
IAROSLAVL	Féd. de Russie	●	*V. Melnikov*

ALBANIE

Contexte

Population: 3 249 000 (1995)

Géographie

Jusqu'en 1912, date à laquelle elle a accédé à l'indépendance, l'Albanie est restée une province très pauvre et très rurale de l'Empire ottoman. En 1944, elle est devenue un Etat communiste. Le communisme a pris en Albanie une forme stalinienne extrême, qui a conduit à l'isolement international du pays. La victoire de la démocratie en 1992 a marqué le début de la libre circulation des idées et des personnes. Toutefois, la situation reste précaire. L'Albanie a connu en 1997 une période de graves troubles sociaux et de conflits armés internes. Le pays est encore en transition démographique, sociale et économique.

L'Albanie est en train de passer rapidement d'une société essentiellement agricole et rurale à une société urbanisée. La pression démographique est sensible dans les plaines côtières. La population de la capitale, Tirana, est passée de 350 000 habitants en 1994 à 700 000 en 1998. L'émigration, quasiment inexistante jusqu'en 1989, est manifeste depuis le début des années 90. La natalité et la mortalité infantile sont à peu près celles d'un pays en développement, avec cependant une espérance de vie plus proche de celle d'un pays industrialisé. De même, les tableaux de morbidité, s'agissant en premier lieu des maladies transmissibles, sont typiques de ceux d'un pays en développement, alors que la mortalité correspond aux schémas épidémiologiques d'un pays développé.

L'économie albanaise s'est complètement effondrée au début des années 90. Les réformes économiques engagées en 1992 ont ouvert la voie à la reprise, mais à un coût social élevé. Le PIB de 766 dollars en 1996, bien qu'ayant énormément progressé par rapport aux 213 dollars de 1992, reste le plus faible d'Europe. Le chômage est élevé, en particulier chez les jeunes. Les taux de participation à l'éducation ont baissé dans les années 90 du fait de l'augmentation du nombre de décrochages scolaires liés à la création d'entreprises et d'exploitations agricoles familiales au moment de la mise en place d'une économie de marché, aux migrations internes et à l'émigration.

Les troubles et l'agitation sociale de 1997 ont aggravé la situation socio-économique générale du pays. La criminalité organisée a fait son apparition, prenant notamment la forme de réseaux de trafiquants de drogues. Les changements importants survenus sur la scène économique et politique se sont également traduits par un certain nombre de changements dans la vie sociale et les valeurs traditionnelles.

Historique et modes de consommation

Dans les années antérieures à 1993, l'usage de drogue et les problèmes de drogues étaient en Albanie des phénomènes sporadiques et non significatifs. Mais on assiste depuis à une croissance exponentielle du problème, en particulier à la suite des conflits de 1997. Il existe désormais dans le pays un marché bien établi de la drogue.

Interventions et politique en matière de drogue

Il n'existe toujours en Albanie qu'un seul centre spécialisé, que ce soit pour les soins avec hospitalisation ou pour la prise en charge en régime ambulatoire. Il s'agit de la Clinique toxicologique du CHU de Tirana (TUHC). La clinique psychiatrique de ce même CHU ne propose aucune prise en charge de la toxicomanie.

Il existe en Albanie deux organismes d'application de la législation sur les drogues, le principal étant l'Unité antidrogue du Ministère de l'Ordre public (Ministère de l'Intérieur); l'autre est l'Unité antidrogue de la Direction nationale des Douanes (relevant du Ministère des Finances).

Dans le nouveau Code pénal de l'Albanie (1996), le trafic, la production et la vente de drogues illicites sont assimilés à des infractions punissables et de nature pénale contre l'ordre et la sécurité publics. Les sanctions peuvent aller jusqu'à des peines d'emprisonnement de 15 ans.

Depuis 1996, un Comité national contre la drogue a été formé par les ministres impliqués dans la lutte contre la drogue. Le Centre national des systèmes d'information en matière de drogue a également été créé.

Indicateurs et Tendances

ALBANIE

PREVALENCE

pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		334	1997
Ensemble des traitements			
	Age moyen		
Premier traitement	% < 25 ans	*65.6%*	1997
Premier traitement	% femmes	*7.8%*	1997

1er et ensemble traitements

Age moyen et % < 25 ans

% femmes

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI		*33.8%*	1997
Réf.: Premier traitement			

Prévalence de UDVI

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B		
Hépatite C		
VIH	0 1997	
SIDA		

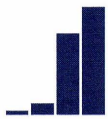
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic	477	1996
Consommation		
Ensemble des arrestations		

Arrestations par infraction

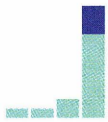


MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis		
Héroïne	9	1996
Cocaïne	3	1996
Amphétamines		
Ecstasy		

Saisies de droques (N)



Données d'indicateur et tendances ALBANIE

AMSTERDAM Contexte

Population: 727 000 (1999)

Géographie

Capitale des Pays-Bas (mais pas siège du gouvernement), Amsterdam est un centre financier, commercial, touristique et culturel international. Schiphol, situé à proximité, est l'un des principaux aéroports européens. La ville compte plusieurs centres d'enseignement supérieur, dont deux universités. Environ 45% de la population sont d'origine étrangère.

Historique et modes de consommation

C'est vers 1970, la ville étant alors un centre de cultures alternatives, que le cannabis et le LSD ont fait leur apparition. Celle des premiers consommateurs d'héroïne et d'amphétamines date du début des années 70. Les usagers (et les revendeurs) d'origine surinamaise ont joué un rôle considérable dans la diffusion à grande échelle de l'inhalation des vapeurs chez les héroïnomanes néerlandais. Cette voie d'administration, associée à la distribution de méthadone rapidement organisée, a probablement contribué au maintien à un relativement bas niveau du nombre de décès liés aux drogues. Après avoir culminé au milieu des années 80, le nombre d'héroïnomanes observé a constamment baissé.

La consommation de cannabis est largement admise. Il peut s'acheter en petite quantité et à usage personnel dans les nombreux établissements appelés «coffee shops» qui se trouvent à Amsterdam. La législation néerlandaise le tolère, le principe étant de faire la distinction entre drogues dures et drogues douces. En même temps que de nouvelles modes naissaient dans les années 90 (rave), l'ecstasy devenait après le cannabis la drogue illicite la plus en vogue auprès des jeunes. A la fin des années 90, les essais avec les nouvelles drogues (semi-licites) telles que les champignons hallucinogènes ont progressé. A la même époque, certains groupes d'usagers de drogues dans la rue se sont également mis à consommer du crack.

Interventions et politique en matière de drogue

La prescription à bas seuil d'exigence de méthadone a commencé vers 1980. A l'heure actuelle, la majorité des héroïnomanes participent à des programmes de substitution par la méthadone. Fournie par des organismes spécialisés et des médecins généralistes, la méthadone l'est aussi dans les commissariats de police et les prisons aux toxicomanes arrêtés ou détenus.

Dans les années 80, pendant l'épidémie de sida, des programmes d'échange de seringues ont été mis en place. C'est ainsi que le Département de santé publique de la municipalité d'Amsterdam gère plusieurs programmes spéciaux destinés à des groupes d'usagers de drogues (toxicomanes admis en hôpitaux généraux, prostitué(e)s, sans-abri). Il a mis en place un réseau de médecins généralistes habilités à prescrire les traitements par la méthadone. Il mène également une expérience concernant la prescription d'héroïne à des usagers problématiques. Le Centre Jellinek est le principal organisme dispensant des traitements et des soins en régime hospitalier ou ambulatoire.

Amsterdam dispose d'un système central de contrôle des usagers de drogues bénéficiant de traitements et de soins. Le Centre Jellinek gère aussi depuis le début des années 90 un réseau de surveillance (Antenna) de la consommation de drogue dans le milieu des jeunes.

Les municipalités néerlandaises sont habilitées à mettre en œuvre leurs propres mesures de lutte antidrogue. Celles d'Amsterdam sont axées depuis vingt ans à la fois sur la santé publique (réduction des risques) et sur l'ordre public (réduction des nuisances).

Les interventions des acteurs et leurs actions sont étroitement coordonnées dans les domaines de la santé publique, des services spécialisés dans la lutte antidrogue, de la police et de la justice. Comme la municipalité finance la quasi-totalité desdits services spécialisés, le crédit budgétaire lui sert d'instrument de poids dans l'application de sa politique en matière de drogues. A cela s'ajoute un autre instrument important, à savoir la mise en œuvre de la réglementation locale pour diminuer les nuisances liées à la drogue.

Indicateurs et Tendances

AMSTERDAM

PREVALENCE

Usage de cannabis

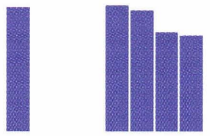
	pop. générale		pop. scolaire	
Au cours de la vie				
Au cours de la dernière année	*13.4%*	*1997*		
Au cours du dernier mois	*8.3%*	*1997*	*23.0%*	*1997*

Usage problématique

Estimation de la prévalence	5018

Prévalence du cannabis

Usagers problématiques



TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement	472
Ensemble des traitements	2018

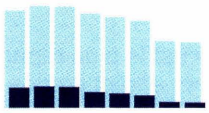
Premier traitement	Age moyen	30.1
Premier traitement	% < 25 ans	*9.1%*
Premier traitement	% femmes	*24.8%*

Substitution aux opiacés

Première substitution	203
Ensemble des substitutions	3053

Première substit.	Age moyen	34.2
Première substit.	% < 25 ans	*14.8%*
Première substit.	% femmes	*27.6%*

1ère et ensemble substitutions



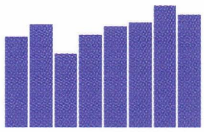
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	603

Urgences non mortelles

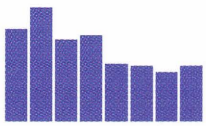


SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*20.5%*
Réf. inconnue	

Décès liés à la drogue



Mortalité

Décès liés à la drogue	25

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*	
Hépatite B			
Hépatite C			
VIH			
SIDA	10	*11.8%*	*1997*

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

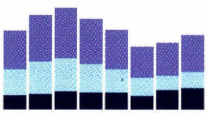
Arrestations

Trafic	1571
Consommation	1228
Ensemble des arrestations	2799

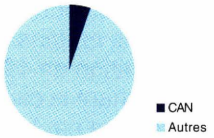
Condamnations

Ensemble des condamnations	892	*1996*

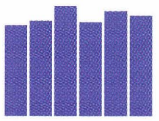
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations

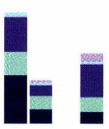


MARCHE DE LA DROGUE

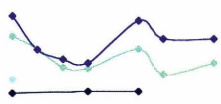
Saisies de drogues

Cannabis	437	*1999*
Héroïne	555	*1999*
Cocaïne	1243	*1999*
Amphétamines	102	*1999*
Ecstasy	328	*1999*

Saisies de drogues (N)



Prix des drogues



ATHÈNES — Contexte

Population: 3 073 000 (1991)

Géographie

Capitale de la Grèce. L'agglomération athénienne est un conglomérat formé de 55 communes, y compris Le Pirée, qui est le principal port grec. Le processus d'urbanisation forcenée et d'accroissement de la population des années 70 s'est poursuivi après 1990 à un rythme plus modéré. Le Grand Athènes est le principal centre commercial et industriel du pays. Le tourisme joue lui aussi un rôle important dans son économie. Le recensement de 1991 a révélé que le taux de chômage était de 8,4%, mais il est possible qu'il ait augmenté ces dernières années. Athènes est en outre un grand centre culturel, intellectuel et artistique.

Historique et modes de consommation

Très limité jusque dans les années 70, l'usage de drogues illicites était surtout le fait de certaines couches de la classe ouvrière. Il a considérablement progressé à partir de 1975 et s'est largement répandu dans d'autres groupes socio-économiques. A la fin des années 70, la consommation de drogues, notamment d'opiacés et de psychotropes licites, a commencé à toucher une population de plus en plus jeune. L'usage de drogues psychoactives (non soumises à prescription) était relativement important du fait que la situation juridique quant à leur prescription n'a pas été clairement définie jusqu'au milieu des années 80, mais il a diminué depuis lors.

Bien que le cannabis soit la drogue dont l'usage est le plus répandu, des enquêtes ont révélé que le taux de prévalence le plus élevé est encore et toujours atteint par les médicaments psycho-actifs non soumis à ordonnance (tranquillisants, barbituriques, antidépresseurs, etc.). Chez les élèves âgés de 14 à 18 ans, les solvants l'emportent sur le cannabis. L'héroïne est la drogue la plus consommée chez les pharmacodépendants. Il se peut que la montée en flèche des décès liés à la drogue, qui a été observée au milieu des années 90, ait été la conséquence à retardement de la propagation depuis 1995 environ de l'épidémie d'héroïnomanie, et aussi de la forte prévalence de l'administration par voie injectable, qui est toutefois en recul depuis 1995.

Interventions et politique en matière de drogue

Alors que la désintoxication en milieu hospitalier était jusqu'en 1983 le service le plus important, il en existe aujourd'hui toute une série. Dans la première loi promulguée au niveau national (1987) qui traitait à fond du problème posé par l'expansion de l'usage de drogues, le pharmacodépendant était considéré non pas comme un délinquant, mais comme un «patient»; toutes les facettes du problème étaient prises en compte et l'accent était mis sur la «destigmatisation». Les lois suivantes ont affermi cette orientation par la création d'autres services et structures d'intervention, et l'instauration de peines plus sévères frappant les trafiquants. Des centres de consultation, des services de prévention et des organismes chargés de surveiller la situation en matière de drogues ont été prévus.

La loi de 1993 a légalisé les traitements de substitution dans des unités spécialisées et a créé l'Organisation grecque de lutte antidrogue (OKANA); cet organisme du secteur privé relevant du ministère de la Santé est habilité à coordonner les programmes auxquels participent les collectivités locales, des institutions spécialisées, la police et la justice. La loi de 1995 insiste tout particulièrement sur la thérapie et ménage la possibilité de surseoir aux poursuites pénales contre les auteurs d'infractions à la législation sur les drogues qui acceptent de leur propre gré de suivre assidûment un traitement. Une loi de 1998 a encore amélioré les stratégies d'intervention.

Le premier programme de substitution aux opiacés a démarré en 1996. Depuis 1998, les programmes de substitution prennent de plus en plus d'ampleur. Les activités de prévention dans la rue et l'échange de seringues ont fait leur apparition en 1997. Depuis 1996, un débat a été lancé entre les spécialistes et les décideurs politiques concernant la distinction juridique entre les drogues douces et les drogues dures et les programmes de substitution par la méthadone.

Indicateurs et Tendances — ATHENES

PREVALENCE

Usage de cannabis

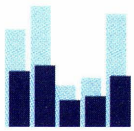
	pop. générale	pop. scolaire
Au cours de la vie		
Au cours de la dernière année		
Au cours du dernier mois	*2.5%*	*8.2%*

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		300
Ensemble des traitements		687
Premier traitement	Age moyen	34.1
Premier traitement	% < 25 ans	*38.0%*
Premier traitement	% femmes	*18.7%*

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Substitution aux opiacés

Première substitution		91
Ensemble des substitutions		314
Première substit.	Age moyen	40.0
Première substit.	% < 25 ans	*3.3%*
Première substit.	% femmes	*17.6%*

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI — *52.2%* *1997*

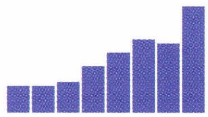
Réf.: Premier traitement

Prévalence de UDVI

Mortalité

Décès liés à la drogue — 239

Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

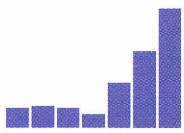
	Incidence UDVI	% UDVI infectés
Hépatite B		
Hépatite C		
VIH		
SIDA	3	*3.6%* *1997*

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic		
Consommation		
Ensemble des arrestations	4580	*1997*

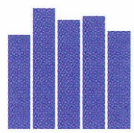
Arrestations par infraction



Condamnations

Ensemble des condamnations

Condamnations



MARCHE DE LA DROGUE

pas de donnés (récentes)

BARCELONE

Contexte

Population: 1 509 000 (1995)

Aucune donnée récente sur le contexte n'est disponible; le dernier rapport comportant un exposé général sur la situation locale remonte à 1992. La ville exploite depuis la fin des années 80 un système approfondi et cohérent d'information sur les drogues. Barcelone fournissait auparavant, à l'intention du réseau multi-villes, des rapports annuels détaillés présentant des données d'indicateur, mais elle a mis fin en 1996 à sa participation. Le coordinateur du projet n'en a pas moins reçu pour la 3e Etude multi-villes des données d'indicateur supplémentaires concernant 1997.

Indicateurs et Tendances

BARCELONE

PREVALENCE

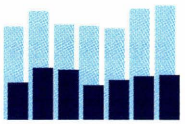
pas de donnés (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		1362	1997
Ensemble des traitements		3468	1997
Premier traitement	Age moyen	28.0	1997
Premier traitement	% < 25 ans	*34.8%*	1997
Premier traitement	% femmes	*22.0%*	1997

1er et ensemble traitements



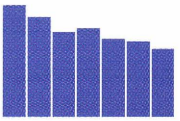
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques		
Hôpitaux généraux		
Urgences non mortelles	3028	1997

Urgences non mortelles



SANTE

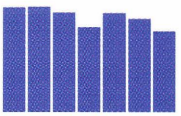
Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*41.5%*	1997

Réf.: Ensemble des traitements

Prévalence de UDVI

Décès liés à la droque



Mortalité

Décès liés à la drogue	122	1997

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B		
Hépatite C		
VIH		
SIDA	162 1997	

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

pas de données

MARCHE DE LA DROGUE

pas de données

BRATISLAVA

Contexte

Population: 451 000 (1995)

Géographie

Capitale de la République slovaque située à proximité des frontières avec l'Autriche et la Hongrie. Centre d'affaires, industriel et culturel du pays. Le taux de chômage s'établit depuis 1990 entre 4% et 6%.

Historique et modes de consommation

L'usage de drogues illicites était jusqu'à la fin des années 80 un phénomène occulté qui ne touchait probablement que quelques petits groupes. Depuis 1989, toutefois, Bratislava est devenue un point de passage du trafic de substances psycho-actives. A partir de 1990, le cannabis et l'héroïne se sont répandus chez les jeunes. Les consommateurs de drogues à problèmes ont délaissé les substances médicamenteuses en faveur de l'héroïne. La demande de traitement exprimée principalement par de jeunes héroïnomanes s'est accrue de façon spectaculaire en 1993. La capacité de traitement s'est renforcée, mais leur nombre a plus que décuplé entre 1992 et 1997.

Le cannabis est actuellement la première des drogues illicites. Il ressort ainsi de différentes études que les taux de prévalence à vie de tous les types de drogue sont en hausse. Selon des enquêtes menées en milieu scolaire, les solvants/substances volatiles et les sédatifs/tranquillisants sont, après le cannabis, les drogues les plus courues. La plupart des usagers d'héroïne sont très jeunes. La forte prévalence de la voie injectable et du partage d'aiguilles fait que l'on craint de plus en plus une progression de la séropositivité VIH et de l'hépatite B et C chez les usagers.

Interventions et politique en matière de drogue

Jusqu'en 1990, les traitements destinés aux usagers de drogues étaient assurés par le Centre de consultation antialcoolique, mais des services spécialisés dans les traitements, les soins de santé et l'action sociale, ainsi que des programmes de prévention s'adressant aux usagers de drogues ont été mis sur pied depuis lors. Un programme limité d'échange de seringues, inauguré en 1994, s'est poursuivi, tandis que la prévention de la consommation de drogues faisait son entrée dans les établissements scolaires. Le premier programme de traitement par la méthadone a débuté en 1997.

En 1995, a été institué le Programme national de lutte antidrogue qui exerce son activité par le truchement d'un réseau de commissions régionales et de district. En 1994, a été promulguée la loi contre la criminalité organisée, cependant qu'étaient révisés les articles du Code pénal régissant la production, le trafic et la possession de drogues. Une loi sur les substances psycho-actives est en vigueur depuis 1998, une autre, traitant des précurseurs, sera adoptée prochainement. La législation sur les drogues conduit parfois à la criminalisation des usagers de drogues, encore que leur consommation ne soit pas sanctionnée pénalement.

Indicateurs et Tendances — BRATISLAVA

PREVALENCE

Usage de cannabis

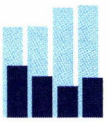
	pop. générale	pop. scolaire
Au cours de la vie		
Au cours de la dernière année		
Au cours du dernier mois	*3.9%*	*8.5%*

TRAITEMENT

Demande de traitement

Premier traitement		362
Ensemble des traitements		1026
Premier traitement	Age moyen	21.9
Premier traitement	% < 25 ans	*34.8%*
Premier traitement	% femmes	*30.9%*

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Substitution aux opiacés

Première substitution		
Ensemble des substitutions		140
Ensemble substit.	Age moyen	21.8
	% < 25 ans	
Ensemble substit.	% femmes	*22.9%*

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI *77.9%*

Réf. inconnue

Mortalité

Décès liés à la drogue 18

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI		*% UDVI infectés*	
Hépatite B	6	*1997*		
Hépatite C				
VIH			*0.7%*	*1997*
SIDA	0	*1997*		

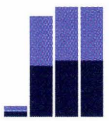
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic	490	*1997*
Consommation	4	*1997*
Ensemble des arrestations	494	*1997*

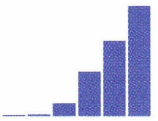
Arrestations par infraction



Condamnations

Ensemble des condamnations 496

Condamnations



MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	22
Héroïne	79
Cocaïne	4
Amphétamines	2
Ecstasy	1

BUDAPEST

Contexte

Population: 1 886 000 (1998)

Géographie

Capitale de la Hongrie. Centre d'affaires, industriel et culturel du pays. Tourisme en progression et prolifération rapide des bars, discothèques et autres lieux de loisirs. Taux de chômage: 5%. Par suite de la crise économique, le revenu réel a nettement baissé depuis 1990.

Historique et modes de consommation

Les substances volatiles étaient entre 1965 et 1970 les substances que les jeunes consommaient le plus. A la fin des années 70, la scène de la drogue se composait de polytoxicomanes consommant des substances volatiles, de l'alcool et des substances pharmaceutiques. A partir de 1980, les opiacés tels que les préparations «artisanales» à base de pavot et l'héroïne, suivies des stimulants, sont les plus courants. Depuis 1990, plusieurs populations consomment de plus en plus de drogues illicites. L'usage croissant de drogues va de pair avec le développement de l'économie de marché, la crise économique, une réforme déroutante des soins de santé, la fragilité des réseaux d'action sociale. L'accroissement de l'offre et l'apparition chez les jeunes de nouvelles cultures marginales ont contribué à l'essor de leur consommation de cannabis et d'ecstasy, tandis que les substances volatiles continuaient de jouir de leur faveur. L'abus de produits pharmaceutiques est lui aussi toujours répandu du fait, en partie, de la réglementation libérale régissant la prescription des médicaments. L'usage de la «compote polonaise» (extrait d'opiacé fabriqué artisanalement) est en régression. Les jeunes adultes sans-abri utilisant des solvants forment un nouveau groupe à risque.

Interventions et politique en matière de drogue

Budapest dispose de tout un éventail de moyens de traitement englobés dans le système de santé national. Le traitement vise en général l'abstinence. La méthadone est prescrite depuis 1989 pour la désintoxication, mais il n'existe pas de programme officiel de maintenance à la méthadone. Des structures et des projets de traitement à bas niveau d'admission ont été institués à partir de 1990. Un programme d'échange des seringues l'a été en 1995. Un autobus pour la prévention de l'usage de la drogue s'adressant aux jeunes, aux parents et aux enseignants a été mis en circulation en 1994.

Un changement de cap décidé dans une perspective médico-sociale a débouché en 1993 sur une révision de la législation sur les drogues, y compris une répression plus rigoureuse du trafic de drogues et des délits connexes, alors qu'un traitement axé sur l'abstinence pouvait être envisagé en lieu et place d'une condamnation à une peine de prison. La politique nationale en matière de drogues tend désormais à réduire pareillement l'offre et la demande. Les positions et les opinions de la police et du dispositif de soins évoluent vers une moindre polarisation. La prise de décision à l'échelon local ne fait qu'émerger, mais le cadre d'une stratégie nationale cohérente fait encore défaut. A Budapest, les autorités locales s'emploient à évaluer la situation quant aux drogues et à élaborer un plan d'action intégré et ciblé à la fois sur l'offre de soins et la prévention du crime. Depuis quelques années, l'usage des drogues se situe au cœur du débat et des préoccupations de l'opinion publique.

Indicateurs et Tendances

BUDAPEST

PREVALENCE

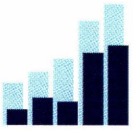
pas de donnés (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		2982	
Ensemble des traitements		4569	
	Age moyen		
Ensemble traitements	% < 25 ans	*53.9%*	
Premier traitement	% femmes	*35.5%*	

1er et ensemble traitements



% femmes

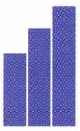
Substitution aux opiacés

Première substitution		156	*1997*
Ensemble des substitutions		384	*1997*
Ensemble substit.	Age moyen	24.0	*1997*
Première substit.	% < 25 ans	*71.8%*	*1997*
Première substit.	% femmes	*32.7%*	*1997*

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	1626

Urgences non mortelles



SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*26.0%*	*1997*
Réf.: Ensemble des trait.		

Prévalence de UDVI

Mortalité

Décès liés à la drogue	207	*1997*

Décès liés à la drogue

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*	
Hépatite B		*4.4%*	*1997*
Hépatite C		*15.6%*	*1997*
VIH		*0.0%*	*1997*
SIDA		*0.0%*	*1997*

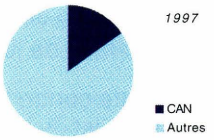
INFRACTIONS à la LEGISLATION sur la DROGUE

Arrestations

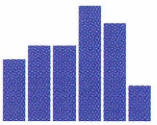
Trafic		
Consommation		
Ensemble des arrestations	292	*1997*

Arrestations par infraction

Arrestations par drogue



Condamnations



Condamnations

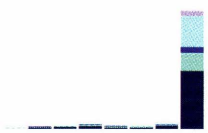
Ensemble des condamnations	49

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	1283
Héroïne	423
Cocaïne	132
Amphétamines	720
Ecstasy	123

Saisies de droques (N)



COPENHAGUE

Contexte

Population: 488 000 (1997)

Géographie

Capitale du Danemark. Centre national et international des transports, de l'industrie, du tourisme et de la culture. Porte des autres pays scandinaves. Taux de chômage: 11,7% en 1997, mais en repli. Evolution favorable de l'économie depuis 1990.

Historique et modes de consommation

L'usage ludique du cannabis et des hallucinogènes a commencé à se répandre dans les années 60 chez les jeunes, d'abord chez les musiciens, les artistes et les membres de sous-groupes alternatifs, puis chez les étudiants vers 1970. Comme le font ressortir les résultats de certaines études, la prévalence à vie du cannabis était moindre en 1990 que vingt ans auparavant. L'usage de cannabis et d'amphétamines s'est stabilisé, mais celui des drogues illicites, de l'ecstasy et de la cocaïne en particulier, a pris globalement plus d'ampleur dans les années 90. Les premiers consommateurs d'opiacés se recrutaient au début des années 70 dans la jeune génération qui faisait ses premières armes, mais il ne s'agissait que de petits groupes de marginaux. En 1970-1990, les décès liés à la drogue et la prévalence de maladies infectieuses ont atteint des chiffres élevés à Copenhague. A partir du milieu des années 90, l'inhalation d'héroïne a pris le pas sur l'administration par voie injectable. L'épidémie de séropositivité et de sida a régressé depuis 1990, mais l'hépatite C s'est fortement propagée chez les usagers de drogues.

Interventions et politique en matière de drogue

Bon nombre de structures spécialisées dans le traitement en milieu hospitalier et de projets concernant la réinsertion sociale des usagers de drogues ont vu le jour depuis la fin des années 60. Entre 1970 et 1990 ont été mis en route, à l'intention des élèves et de groupes à risque particuliers, des programmes de lutte contre les drogues. En 1985-1990, la prise en charge sanitaire a été renforcée par la création de services de consultations externes, la distribution de méthadone, l'instauration de services d'approche et de rencontre des toxicomanes, et la fourniture gratuite d'aiguilles et de seringues. Les médecins généralistes prescrivaient de la méthadone à de nombreux usagers de drogues, mais ils n'y sont plus autorisés depuis 1996.

Les traitements avaient lieu non pas dans des hôpitaux, mais dans des structures d'accueil et de soins spécialisées. Devenu de plus en plus différencié à partir de 1995, le dispositif de soins propose de nombreux services destinés à des groupes-cibles différents. Des traitements librement consentis sont organisés depuis 1997 dans les prisons. En 1996, les médecins généralistes n'ont plus été autorisés à soigner eux-mêmes les usagers de drogues.

Jusqu'en 1985, l'intervention s'inspirait de la stratégie du traitement de sevrage. Depuis, on s'est orienté davantage vers la réduction des risques et la diversification du système de traitement. Le programme municipal est axé actuellement tant sur l'instauration d'une société sans drogue que sur la réduction des risques. En général, le traitement, la prévention et la prise en charge sociale des usagers de drogues sont considérés comme des instruments plus importants que l'intervention de la police et les poursuites à la demande de l'institution judiciaire. La ville possède une structure de coordination où sont représentés les collectivités locales, les organismes de lutte contre la drogue, la police et la justice.

Les programmes suisses de lutte contre l'héroïnomanie ont suscité beaucoup d'intérêt au Danemark. Ils nourrissent le débat engagé au sujet de la politique antidrogue nationale et de l'intégration de la prescription de l'héroïne dans le traitement.

Indicateurs et Tendances

COPENHAGUE

PREVALENCE

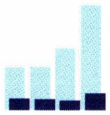
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		240	1997
Ensemble des traitements		1583	1997
Premier traitement	Age moyen	31.7	1997
Premier traitement	% < 25 ans	*20.0%*	1997
Premier traitement	% femmes	*24.0%*	1997

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

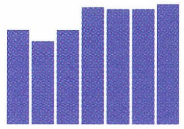
Prévalence de UDVI		*15.0%*	1997
Réf.Ensemble traitements			

Prévalence de UDVI

Mortalité

Décès liés à la drogue		73	1997

Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	
Hépatite B	5	1997
Hépatite C		
VIH		
SIDA	5	1997

% UDVI infectés

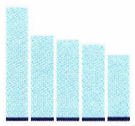
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic	266	1997
Consommation	5609	1997
Ensemble des arrestations	5875	1997

Arrestations par infraction



MARCHE DE LA DROGUE

pas de données (récentes)

DUBLIN

Contexte

Population: 916 000 (1991)

Aucune information disponible.

Indicateurs et Tendances

DUBLIN

PREVALENCE

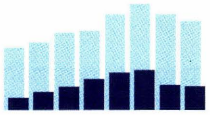
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		871
Ensemble des traitements		3357
Premier traitement	Age moyen	21.7
Premier traitement	% < 25 ans	*76.2%*
Premier traitement	% femmes	*32.1%*

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Substitution aux opiacés

Première substitution	
Ensemble des substitutions	3600

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*35.3%*	*1996*
Réf.Ensemble traitements		

Mortalité

Décès liés à la drogue	136

Décès liés à la drogue

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B		
Hépatite C		
VIH		
SIDA		

Incidence UDVI

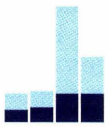
% UDVI infectés

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic	1250
Consommation	1691
Ensemble des arrestations	2941

Arrestations par infraction



Condamnations

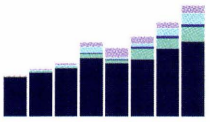
Ensemble des condamnations	

MARCHE DE LA DROGUE

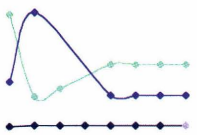
Saisies de drogues

Cannabis	4513
Héroïne	884
Cocaïne	151
Amphétamines	680
Ecstasy	466

Saisies de drogues (N)



Prix des drogues



GDANSK

Contexte

Population: 756 000 (1998)

Géographie

Principale ville portuaire polonaise sur la mer Baltique. Grand centre industriel (constructions navales, chimie), d'affaires, culturel et touristique. Essor économique depuis 1990. Taux de chômage tombé de 13,2% en 1992, à 3,1% en 1997.

Historique et modes de consommation

La consommation de drogues – produits pharmaceutiques non soumis à ordonnance, cannabis et solvants en l'occurrence – s'est manifestée à la fin des années 60 parmi les jeunes. Au début des années 70, la ville comptait quelque 300 usagers problématiques de produits pharmaceutiques et d'opiacés. En 1975, «l'héroïne polonaise», bon marché et très accessible, fait son apparition et voit surgir une nouvelle vague d'usagers. La consommation de drogues s'est stabilisée entre 1985 et 1989.

En même temps que la société polonaise s'ouvrait vers l'extérieur en 1990, la consommation de cannabis, de substances volatiles, d'amphétamines et de drogues nouvelles (ecstasy) augmentait parmi les jeunes. La cocaïne est assez rarement consommée, encore que le dispositif de soins ait déjà accueilli les premiers cocaïnomanes en 1996.

La drogue illicite la plus répandue actuellement est le cannabis, suivi des amphétamines, du LSD, des solvants, de l'ecstasy, de la cocaïne et de l'héroïne polonaise. Dans l'ensemble de la population, la prévalence des sédatifs et des tranquillisants délivrés sans ordonnance vient tout de suite après celle du cannabis. La population toxicomane se compose principalement d'UDVI de «compote» ou héroïne polonaise, qui y ajoute souvent d'autres drogues et de l'alcool.

La consommation d'héroïne paraît se stabiliser, alors que celle d'amphétamines semble gagner du terrain chez les usagers problématiques. Depuis 1997, on remarque l'apparition de «sucre brun» ou «poudre brune», et on constate également que des sous-groupes de jeunes fument de l'héroïne mélangée à la marijuana.

Interventions et politique en matière de drogue

Le problème de la drogue n'existait officiellement pas en Pologne jusqu'en 1980. Les premiers centres de soins – le Centre de réadaptation des toxicomanes et un service de consultations externes pour usagers de drogues – ont été créés en 1981. Depuis, la ville a vu naître des structures spécialisées dans les traitements hospitaliers ou ambulatoires, dont des dispensaires accueillant les séropositifs et les sidéens, qui sont aussi, dans leur majorité, des usagers de drogues. Les toxicomanes suivent un traitement de désintoxication en hôpital psychiatrique avant d'être acceptés dans l'un des établissements d'accueil.

Depuis la fin des années 80, plusieurs programmes à moyen ou à haut seuil d'exigence ont été mis en place: le programme de réadaptation des détenus usagers de drogues (1986); le programme d'échange de seringues et d'aiguilles (1989); des projets de prévention ciblés sur: l'ensemble de la population, certains groupes à risque, la population scolaire, les lieux de travail; des programmes de soutien aux familles et aux usagers de drogues séropositifs VIH; des services d'approche et de rencontre des toxicomanes.

La politique en matière de drogue est coordonnée par le Conseil consultatif de Gdansk, qui définit les stratégies d'action des organisations gouvernementales et non gouvernementales œuvrant pour la réduction des risques associés.

La police est très active contre la criminalité liée à la toxicomanie. L'action antidrogue dans les quartiers est ciblée sur le combat des délits mineurs comme la revente à petite ou moyenne échelle, l'usage de drogues, etc. La Direction de la police de Gdansk est active dans le combat du grand trafic. Les services de douane et la Division antidrogue de la prison contrôlent le port et l'aéroport, respectivement, la maison d'arrêt.

En 1997, le Parlement polonais a adopté la Loi sur les stratégies de lutte contre la pharmacodépendance à la place de la Loi de 1985 sur la prévention de la pharmacodépendance. La nouvelle loi institue les moyens nécessaires pour des mesures plus efficaces quant à la réduction de l'offre et de la demande de drogues illicites et complète la prévention et le traitement par une répression ferme des délits liés à la drogue. Les usagers de drogues peuvent ainsi, par exemple, être placés de force dans des centres de soins et de réinsertion. Ces mesures visent à offrir aux usagers des conditions pour développer leur propre personnalité tout en gardant leur place dans la société. L'intégration de la prise en charge en milieu ouvert est l'une des initiatives prises récemment à Gdansk en la matière.

Indicateurs et Tendances

GDANSK

PREVALENCE

Usage de cannabis

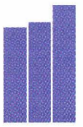
	pop. générale	pop. scolaire
Au cours de la vie		
Au cours de la dernière année		
Au cours du dernier mois		*8.7%* *1997*

Usage problématique

Estimation de la prévalence	2630

Prévalence du cannabis

Usagers problématiques

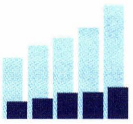


TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		366
Ensemble des traitements		1323
Premier traitement	Age moyen	18.7
Premier traitement	% < 25 ans	*98.6%*
Premier traitement	% femmes	*25.7%*

1er et ensemble traitements



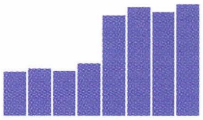
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	598

Urgences non mortelles



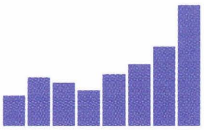
SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*96.2%*
Réf. inconnue	

Prévalence de UDVI

Décès liés à la drogue



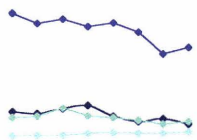
Mortalité

Décès liés à la drogue	46

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	31	*34.0%*
Hépatite C	38	*38.0%*
VIH	235	*32.0%*
SIDA	10	*0.8%*

Incidence UDVI



% UDVI infectés

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

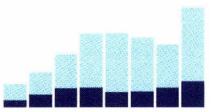
Arrestations

Trafic	39
Consommation	109
Ensemble des arrestations	191

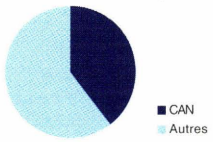
Condamnations

Ensemble des condamnations	64

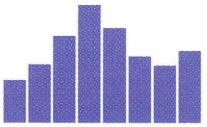
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations

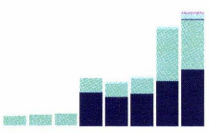


MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	428
Héroïne	371
Cocaïne	5
Amphétamines	37
Ecstasy	17

Saisies de drogues (N)



Prix des drogues

GENÈVE

Contexte

Population: 401 000 (1997)

Géographie

Ville internationale située dans la partie francophone de la Suisse, sur la frontière avec la France, dont 40% des habitants sont d'origine étrangère. Siège de plusieurs institutions de l'ONU et aussi d'autres organisations internationales. Important centre financier. Taux de chômage: 6,8%, en 1996.

Historique et modes de consommation

Les drogues (cannabis, opiacés) ont fait dans les années 70 leur première apparition dans la ville. Leur consommation, en particulier celle de l'héroïne, a augmenté dans les années 80. L'administration par voie injectable de l'héroïne est la plus courante.

Interventions et politique en matière de drogue

Jusqu'au milieu des années 80, la ville réagissait principalement au problème de la toxicomanie par l'intervention de la police. A la fin de cette décennie, toutefois, les risques pour la santé associés à la prise par voie injectable ont eu pour conséquence la médicalisation du problème.

A la suite de débats politiques et publics sur les méthodes d'intervention, notamment après la fermeture par la ville de Zurich de sa «scène ouverte» de la drogue, un dispositif de soins diversifié a été mis sur pied, dont la substitution par la méthadone et la participation au programme suisse de prescription contrôlée de l'héroïne.

Indicateurs et Tendances

GENEVE

PREVALENCE

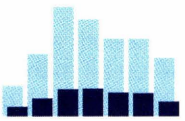
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		160	1997
Ensemble des traitements		656	1997
Premier traitement	Age moyen	27.7	1997
Premier traitement	% < 25 ans	*32.0%*	1997
Premier traitement	% femmes	*15.0%*	1997

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

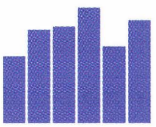
Prévalence de UDVI	*34.4%*	1997
Réf.: Premier traitement		

Prévalence de UDVI

Mortalité

Décès liés à la drogue	31	1996

Décès liés à la drogue

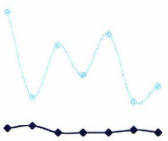


Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	
Hépatite B	1	1997
Hépatite C		
VIH		
SIDA	22	1997

% UDVI infectés

Incidence UDVI



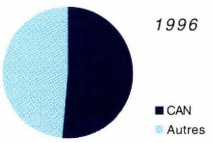
INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

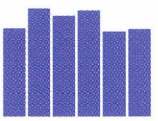
Trafic	78	1996
Consommation	1752	1996
Ensemble des arrestations	1830	1996

Arrestations par infraction

Arrestations par drogue



Condamnations



Condamnations

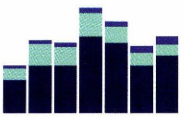
Ensemble des condamnations	393	1996

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	1330	1997
Héroïne	250	1997
Cocaïne	189	1997
Amphétamines	3	1997
Ecstasy		

Saisies de drogues (N)



HAMBOURG

Contexte

Population: 1 708 000 (1996)

Géographie

Principal port maritime de l'Allemagne, sur l'Elbe, débouchant sur la Mer du Nord. Taux de chômage: environ 13% en 1997. Centre culturel habitué aux mouvements alternatifs très actifs.

Historique et modes de consommation

Alors que l'incidence de l'héroïnomanie était à son zénith au début des années 90, il semblerait que le nombre d'usagers de cette drogue se soit stabilisé ou ait même diminué. Leur nombre total était estimé (et probablement surestimé) jusqu'en 1995 à 10 000, mais il a reculé les années suivantes pour ne plus s'établir, selon diverses estimations, qu'entre 7 000 et 8 000. Les héroïnomanes s'administrent principalement la drogue par voie injectable.

Depuis 1990, la consommation de cannabis s'est largement propagée chez les jeunes adultes, tandis qu'une nouvelle drogue, l'ecstasy, souvent associée mentalement aux fêtes rave et techno, se hissait au deuxième rang des drogues illicites les plus en vogue. La consommation de cocaïne progresse depuis 1995 chez les toxicomanes de la rue comme dans les sous-groupes «non déviants».

Interventions et politique en matière de drogue

Les structures de prise en charge, y compris plusieurs unités d'accueil et programmes à seuil bas d'exigence, sont d'une grande diversité à Hambourg. Des programmes d'échange de seringues et la délivrance de méthadone de substitution existent depuis 1995.

La politique appliquée à Hambourg en matière de drogue vise à en neutraliser les risques. L'action pénale vise essentiellement le trafic de stupéfiants. Dans les années 90, les marchés de drogues qui se tenaient ostensiblement («scènes ouvertes») à la gare centrale, dans des parcs et dans certains quartiers ont vivement inquiété l'opinion publique et suscité un débat sur les nuisances liées à la drogue et les stratégies d'intervention.

Indicateurs et Tendances

HAMBOURG

PREVALENCE

Usage problématique

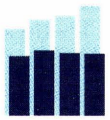
Estimation de la prévalence		7500	1997

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		2795	1996
Ensemble des traitements		5013	1996
Age moyen			
% < 25 ans			
Premier traitement	% femmes	*32.0%*	1996

1er et ensemble traitements

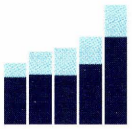


% femmes

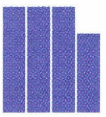
Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques		1324	1997
Hôpitaux généraux		487	1997
Urgences non mortelles		1500	1996

Admissions



Urgences non mortelles

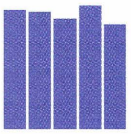


SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI		*90.0%*	1996
Réf.Ensemble traitements			

Décès liés à la drogue



Mortalité

Décès liés à la drogue		127	1997

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B		
Hépatite C		
VIH		
SIDA	9 1996	

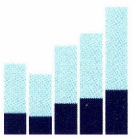
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

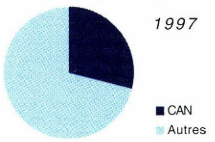
Arrestations

Trafic		4584	1997
Consommation		8657	1997
Ensemble des arrestations		13241	1997

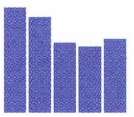
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations



Condamnations

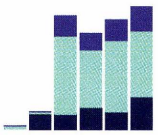
Ensemble des condamnations		1354	1996

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis		740	1997
Héroïne		1505	1997
Cocaïne		566	1997
Amphétamines			
Ecstasy			

Saisies de drogues (N)



HELSINKI

Contexte

Population: 539 000 (1998)

Géographie

Capitale de la Finlande. Centre national du commerce et de l'industrie.

Historique et modes de consommation

Depuis toujours, la consommation de drogues illicites est de beaucoup inférieure à celle d'autres substances toxiques comme l'alcool et les médicaments. Au début des années 90, les services qui s'occupaient des problèmes de dépendance consacraient seulement 1% de leur activité aux problèmes liés à la drogue. Il est possible que l'usage de drogues se soit accru depuis, mais les chiffres connus font ressortir seulement que l'activité de la police s'est renforcée à la suite de la révision en 1994 de la loi sur les stupéfiants.

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée dans la population globale et les milieux scolaires, l'usage des autres drogues illicites étant comparativement plus faible. La consommation de barbituriques et de sédatifs, associés en particulier à l'alcool, pose un problème plus général. Des enquêtes ont révélé que l'usage de drogues atteint un niveau plus élevé à Helsinki qu'ailleurs en Finlande.

Interventions et politique en matière de drogue

Les traitements dispensés en Finlande sont axés pour une bonne part sur l'abus d'alcool ou sur l'abus à la fois d'alcool et de médicaments. Depuis 1987, l'Unité de sevrage du Centre hospitalier universitaire de Helsinki est le seul service du système de santé qui soit spécialisé dans le traitement des toxicomanes.

La loi de 1994 sur les stupéfiants a quelque peu atténué la répression des infractions liées à l'usage des drogues, mais cet usage continue en tant que tel d'être un fait délictueux. Depuis, les enquêtes policières sur ce genre d'infractions ont redoublé. Le programme national adopté par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé réserve une place à la réduction des risques, mais il n'en continue pas moins de se centrer sur la répression au niveau de la rue. Aucune modification de la législation en vigueur n'est envisagée.

Indicateurs et Tendances

HELSINKI

PREVALENCE

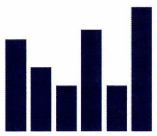
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demande de traitements

Premier traitement	335	*1996*
Ensemble des traitements		
Age moyen		
% < 25 ans		
% femmes		

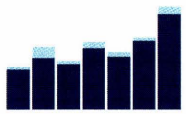
1er et ensemble traitements



Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	360
Hôpitaux généraux	28
Urgences non mortelles	

Admissions

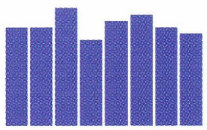


SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	14

Décès liés à la drogue

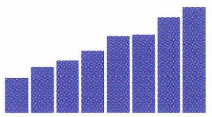


INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

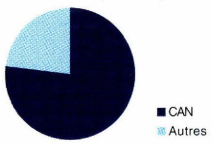
Arrestations

Trafic	
Consommation	
Ensemble des arrestations	1967

Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



MARCHE DE LA DROGUE

pas de données (récentes)

KALININGRAD

Contexte

Population: 421 000 (1996)

Géographie

Important port libre ouvert au trafic toute l'année, relié par un profond canal à la mer Baltique, Kaliningrad sert de base à une importante flotte de pêche et de commerce. Sa région, limitrophe de la Lituanie et de la Pologne, est isolée du reste du territoire de la Russie. Sa population a augmenté ces dernières années grâce à l'immigration, mais la croissance naturelle est négative du fait que le taux de mortalité est supérieur au taux de natalité et que l'espérance de vie est en régression.

Historique et modes de consommation

Sur le marché local de la drogue, l'héroïne remplace depuis le milieu des années 90 les opiacés de production artisanale. La prévalence de l'infection par le VIH est à Kaliningrad la plus forte de toute la Russie. Repéré pour la première fois en 1996, le VIH s'y est rapidement propagé par le biais surtout de l'échange de seringues servant à injecter les drogues, mais aucun chiffre exact n'est disponible à ce sujet. En revanche, l'incidence de l'hépatite B et de la mortalité liée à la drogue a baissé.

Interventions et politique en matière de drogue

Les urgences liées à la drogue sont en régression depuis quelques années. La demande de traitement est restée stable pendant la même période. Le nombre d'arrestations opérées par la police a également marqué un recul. Toutefois, rien dans ces données ne laisse supposer que la consommation de drogues pourrait avoir fléchi.

Indicateurs et Tendances

KALININGRAD

PREVALENCE

pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demande de traitements

Premier traitement		190
Ensemble des traitements		1517
Premier traitement	Age moyen	25.7
Premier traitement	% < 25 ans	*37.8%*
Premier traitement	% femmes	*20.5%*

1er et ensemble traitements

Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	42
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	31

Urgences non mortelles

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*86.6%*	*1997*
Réf.Ensemble traitements		

Décès liés à la drogue

Mortalité

Décès liés à la drogue	12

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	27	
Hépatite C		
VIH		
SIDA	2	

Incidence UDVI

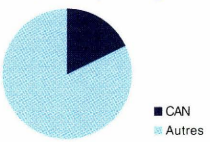
INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

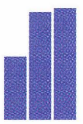
Trafic	627
Consommation	481
Ensemble des arrestations	1108

Arrestations par infraction

Arrestations par drogue



Condamnations



Condamnations

Ensemble des condamnations	503

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	234
Héroïne	60
Cocaïne	
Amphétamines	20
Ecstasy	

Saisies de drogues (N)

Prix des drogues

KEMEROVO

Contexte

Population: 480 000 (1998)

Géographie

Situé dans la partie méridionale de la Sibérie occidentale, Kemerovo est un centre régional des industries chimique, pétrochimique, électrique et métallurgique. La région compte des secteurs industriels aussi bien en progression qu'en régression. Il y règne une grande pénurie de logements convenables. La ville a accueilli dans les années 90 de nombreux immigrants, des réfugiés venus des républiques soviétiques d'Asie centrale. En même temps, bon nombre d'habitants la quittaient et, ce faisant, aggravaient encore la situation générale de transition démographique.

Historique et modes de consommation

Depuis la fin des années 70, des opiacés et des dérivés du cannabis provenant du Kirghizstan et du Kazakhstan ont été introduits à Kemerovo. Les trafiquants de drogues sont surtout des résidents des ex-républiques soviétiques d'Asie centrale. Les opiacés, les dérivés du cannabis et l'ecstasy (et leurs pareils) prédominent sur le marché. La consommation d'héroïne évolue à la hausse, comme le fait en général la disponibilité de toutes les drogues.

Interventions et politique en matière de drogue

La ville gère plusieurs services spécialisés dans la lutte antidrogue. Des organisations non gouvernementales et des médecins libéraux, que les statistiques officielles ignorent, assurent eux aussi des traitements et des soins. La politique locale en matière de drogue est mise en pratique par les services de santé régionaux et municipaux. Dans la région de Kemerovo se trouve aussi un comité de coordination de la lutte dans tous les domaines contre la toxicomanie.

Indicateurs et Tendances — KEMEROVO

PREVALENCE

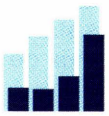
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		854	
Ensemble des traitements		1192	
Premier traitement	Age moyen	20.7	*1997*
Premier traitement	% < 25 ans	*51.9%*	
Premier traitement	% femmes	*23.2%*	

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	418
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	514

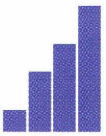
Admissions

SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	76

Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	197	
Hépatite C	78	
VIH		
SIDA	7	

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic			
Consommation			
Ensemble des arrestations		1137	*1997*

Condamnations

Ensemble des condamnations	549	*1997*

Arrestations par infraction

Condamnations

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis
Héroïne
Cocaïne
Amphétamines
Ecstasy

Prix des drogues

KRASNODAR

Contexte

Population: 768 000 (1996)

Géographie

Située dans le sud de la Russie, à proximité de la frontière avec la Géorgie, la ville de Krasnodar a obtenu dans les années 90 le statut de zone frontalière avec plusieurs territoires de l'ex-URSS. Les activités militaires déployées dans ces régions (Géorgie, Arménie, Tchétchénie) ont entraîné un important flux migratoire dont les statistiques officielles ne tiennent pas compte. Il est possible que les habitants soient pour l'heure au nombre de plus d'un million. Selon les statistiques démographiques officielles, la tendance est plus ou moins la même qu'ailleurs en Russie: taux de natalité en baisse; mortalité infantile en hausse; mortalité générale en augmentation.

Historique et modes de consommation

La consommation de drogues de toutes sortes va croissant depuis 1990. La proximité de la frontière, l'instabilité de la situation démographique et le problème des réfugiés favorisent la consommation de drogues et l'apparition de problèmes connexes.

Ces dernières années, les tendances sont en partie occultées du fait que les pharmacodépendants sont portés à demander de l'aide aux cliniques privées (dont la création est possible depuis 1992), qui échappent aux statistiques locales. La région peut facilement s'approvisionner en drogues illicites dans les pays limitrophes. Bon nombre de ces substances transitent par les ports maritimes de la province de Kouban (Novorossijk, Sochi, Tuapse). Le cannabis est aussi cultivé sur place.

En outre, les saisies opérées par la police mettent en évidence une progression des préparations de synthèse ou semi-synthèse telles que la pervitine, la méthadone, la MDMA, le LSD. L'administration injectable d'opium fabriqué «maison» est l'une des principales voies de propagation de la contamination des toxicomanes par le VIH.

Interventions et politique en matière de drogue

Après avoir crû au début des années 90, la demande de traitement est restée relativement stable les années suivantes, et ce, en corrélation avec le revirement des usagers de drogues en faveur des cliniques privées, qui ne les enregistrent pas.

Le nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés a progressé, celui des admissions dans les hôpitaux généraux a baissé. Il est possible que cette baisse soit imputable à des erreurs de diagnostic. Au niveau régional, un programme coordonné de lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants a été adopté en 1998.

Indicateurs et Tendances

KRASNODAR

PREVALENCE

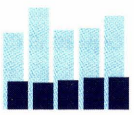
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

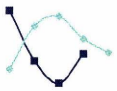
Demandes de traitement

Premier traitement		1980	
Ensemble des traitements		5734	
Premier traitement	Age moyen	22.2	*1997*
Premier traitement	% < 25 ans	*51.2%*	
Premier traitement	% femmes	*12.3%*	

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

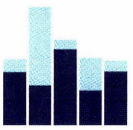


% femmes

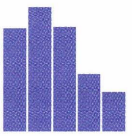
Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	805
Hôpitaux généraux	168
Urgences non mortelles	409

Admissions



Urgences non mortelles



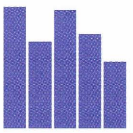
SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*85.0%*
Réf.: Premier traitement	

Prévalence de UDVI

Décès liés à la drogue



Mortalité

Décès liés à la drogue	35

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	51	
Hépatite C		
VIH		
SIDA	31	

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

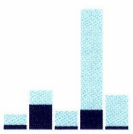
Arrestations

Trafic	121
Consommation	1675
Ensemble des arrestations	1796

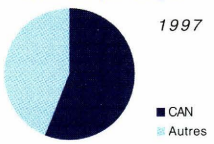
Condamnations

Ensemble des condamnations	1796

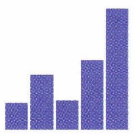
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations



MARCHE DE LA DROGUE

pas de données (récentes)

LISBONNE — Contexte

Population: 1 836 000 (1991)

Géographie

Capitale du Portugal. Grand centre commercial, industriel, culturel et des transports. Le taux de chômage était de 7% en 1997.

Historique et modes de consommation

De 1975 à 1985 environ, la consommation de drogues illicites se limitait à celle du cannabis. Ensuite, celle de l'héroïne est montée en flèche. Depuis quelques années, le nombre d'héroïnomanes semble se stabiliser, tandis que le problème de la cocaïnomanie se classe au deuxième rang. L'usage et la disponibilité de l'ecstasy et des amphétamines ont progressé eux aussi à la fin des années 90. L'augmentation de la demande de traitement est liée à l'accroissement et du nombre d'usagers problématiques et des moyens de traitement. La consommation de cannabis est en hausse depuis 1990, comme celle de nouvelles drogues, par exemple l'ecstasy et les amphétamines.

Interventions et politique en matière de drogue

Le premier centre spécialisé d'accueil et de soins pour toxicomanes a été institué vers 1975 dans la ville. Depuis 1990, le nombre de structures d'accueil et de programmes de traitement s'est accru et englobe maintenant des centres d'accueil de jour pour usagers de drogues, des structures de traitement en milieu carcéral et des programmes de prévention du sida. L'échange de seringues existe depuis 1993. Le premier programme de substitution à la méthadone a été lancé en 1994.

En 1997, le gouvernement a renforcé dans tout le pays la mise en réseau des centres de soins gérés par l'Etat et a amélioré son soutien aux organisations privées afin qu'elles puissent développer leurs activités de prévention et de traitement. Ces centres sont davantage ciblés sur le traitement ambulatoire, tandis que les privés le sont plus sur le traitement en régime hospitalier. La psychothérapie et la sociothérapie sont les principales méthodes de traitement.

En 1998, le gouvernement a constitué une Commission d'experts chargée de proposer une stratégie nationale de lutte contre les drogues illicites. La politique locale en matière de drogue est centrée principalement sur la prévention primaire.

Depuis les années 70, l'usage de drogues est considéré comme un grand problème médical et psychosocial. Les interventions sont axées tant sur la répression que sur l'offre de soins (librement consentis) et la prévention (primaire). La dépénalisation de la consommation et de la possession de drogues (à usage personnel) ainsi que le développement des programmes de maintenance et de substitution font l'objet d'un débat public et politique.

Indicateurs et Tendances

LISBONNE

PREVALENCE

Usage de cannabis

	pop. générale	*pop. scolaire*
Au cours de la vie		
Au cours de la dernière année		
Au cours du dernier mois		*6.3%*

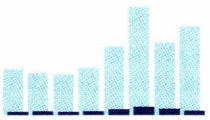
Prévalence du cannabis

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement	2173
Ensemble des traitements	53192
Age moyen	
% < 25 ans	
% femmes	

1er et ensemble traitements

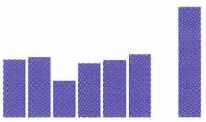


SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	212

Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B		
Hépatite C		
VIH		
SIDA	228	*63.2%*

Incidence UDVI

% UDVI infectés

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

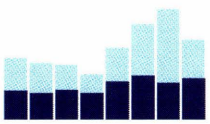
Arrestations

Trafic	1062
Consommation	1033
Ensemble des arrestations	2095

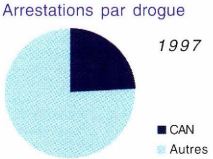
Condamnations

Ensemble des condamnations	1083

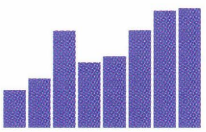
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations

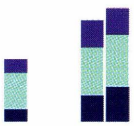


MARCHE DE LA DROGUE

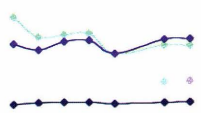
Saisies de drogues

Cannabis	630
Héroïne	967
Cocaïne	510
Amphétamines	0
Ecstasy	13

Saisies de drogues (N)



Prix des drogues



LJUBLJANA — Contexte

Population: 288 000 (1997)

Géographie

Capitale de la Slovénie. Centre national des finances, du commerce, des transports et de l'industrie. Taux de chômage en 1997, en augmentation rapide depuis la fin des années 80: 10,8%.

Historique et modes de consommation

Entre la fin des années 60 et le milieu des années 70, les solvants, le cannabis, le LSD, les tranquillisants et les analgésiques avaient la faveur de quelques groupes «alternatifs». Les essais avec l'héroïne étaient encore limités et la voie injectable était rarement utilisée. A la fin des années 70, de petits groupes «déviants» se sont mis à s'injecter des opiacés. Depuis la fin des années 80, l'incidence et la prévalence de l'héroïne (par voie injectable) ont augmenté, tandis que l'âge moyen de la population héroïnomane baissait. La cocaïne a été adoptée par un nombre considérable de toxicomanes au début des années 90. Vers 1995, c'est l'ecstasy qui était à la mode chez les jeunes. A l'heure actuelle, le cannabis, le LSD, l'ecstasy, l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines sont les principales drogues illicites consommées. Des enquêtes en milieu scolaire ont révélé que les sédatifs le sont plus par les jeunes que les autres drogues illicites, hormis le cannabis.

Interventions et politique en matière de drogue

Ljubljana possède douze structures spécialisées d'accueil et de soins allant des hôpitaux psychiatriques ou autres aux communautés thérapeutiques, en passant par les consultations de jour. Des services hospitaliers mettent en œuvre des programmes de désintoxication et de sevrage. Un programme hors institution de substitution par la méthadone a été entamé en 1991. L'association d'auto-support *Stigma* gère un programme d'échange de seringues. Des centres d'action sociale fournissent une prise en charge sociale et organisent des programmes de prévention.

La politique locale en matière de drogue coïncide avec la politique nationale. Une Commission interministérielle de lutte contre les drogues, mise sur pied en 1992, est chargée de définir cette politique et de coordonner les interventions. La politique en matière de drogue a pour but de réduire les risques. Les centres de soins collaborent au sein d'un réseau de services de santé. Le ministère de la Santé travaille à l'élaboration d'un nouveau projet de loi sur la classification et la réglementation de la culture, de la production et du commerce des psychotropes et des précurseurs illicites. L'usage de drogues illicites ne donne pas lieu à répression dans le système pénitentiaire. La possession d'une faible quantité de drogue constitue une infraction mineure.

Indicateurs et Tendances

LJUBLJANA

PREVALENCE

Usage problématique

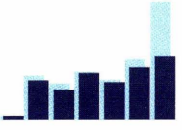
Estimation de la prévalence	700	1997

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement	145	1997
Ensemble des traitements	270	1997
Premier traitement Age moyen	23.2	1997
Premier traitement % < 25 ans	*71.0%*	1997
Premier traitement % femmes	*24.0%*	1997

1er et ensemble traitements



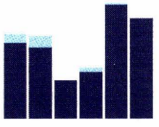
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	45	1996
Hôpitaux généraux	0	1996
Urgences non mortelles	98	1997

Admissions



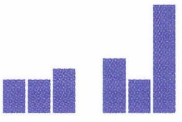
Urgences non mortelles

SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	10	1997

Décès liés à la droque



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*	
Hépatite B	0		1996
Hépatite C			
VIH			
SIDA	2		1997

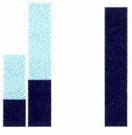
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic	223	1997
Consommation		
Ensemble des arrestations		

Arrestations par infraction



Condamnations

Ensemble des condamnations		

MARCHE DE LA DROGUE

pas de données (récentes)

MALTE

Contexte

Population: 378 000 (1995)

Géographie

Malte est un Etat insulaire situé au milieu de la Méditerranée, à une centaine de kilomètres au sud de la Sicile. Sa capitale, La Valette, est un important port. Son économie repose principalement sur le tourisme (un million de touristes par année), soutenu dans une certaine mesure par de petites et moyennes industries. Le secteur financier et des services se développe depuis 1990. Taux de chômage en 1998: 5,1%.

Historique et modes de consommation

C'est probablement de 1970 à 1975 que date l'apparition de la consommation de drogues chez les jeunes adultes. Le phénomène était alors lié principalement à l'usage de produits pharmaceutiques tels que les tranquillisants (anxiolytiques), les somnifères, les préparations diététiques ou à base de codéine, ainsi que les cigarettes de cannabis et les substances volatiles d'une cohorte limitée. Ce comportement peut être attribué essentiellement aux liens particuliers entre Malte et Londres. L'usage d'héroïne par voie injectable s'est également manifesté dans les années 80. Le début des années 90 a été marqué réellement par une rapide progression de la consommation de diverses drogues qui coïncidait avec la prospérité relativement récente du pays. La consommation de drogues se pratique ouvertement et fait maintenant la «une» des médias, qu'il s'agisse de la presse, de la radio ou de la télévision. Le tournant du siècle a été marqué par une augmentation de l'usage de stimulants, notamment de l'ecstasy.

Interventions et politique en matière de drogue

Le traitement de la toxicomanie était au début des années 80 entièrement du ressort des professionnels de santé, et réservé aux psychiatres exerçant au seul hôpital psychiatrique de l'île. En 1985, toutefois, Caritas Malte a inauguré un centre de réinsertion, tandis que, en 1987, le gouvernement créait de son côté un service de sevrage ambulatoire (méthadone et clonidine) à l'hôpital général national. Un service hospitalier a suivi en 1989. Le service de réinsertion géré par l'Etat a vu le jour en 1992, et 1994 annonçait la naissance de l'Office antidrogue national (Sedqa), qui allait prendre en charge les trois services officiels. Depuis, Sedqa a organisé le dispositif de prise en charge, dont une unité de soins en milieu pénitentiaire et un vaste programme de prévention en milieu scolaire. Parmi ses plus récentes réalisations, figurent une thérapie de maintenance à la méthadone, l'utilisation de la naltrexone et le programme correspondant (Stima), un système de distribution de seringues par les centres de soins et un service de prévention secondaire.

En matière de juridiction, Malte a adhéré à la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988). En outre, le Parlement a adopté une loi ajoutant les psychotropes aux stupéfiants classiques.

En 1994, a été promulguée la loi sur la prévention du blanchiment d'argent. La même année, l'ordonnance de 1939 sur les drogues dangereuses a été modifiée pour englober le traitement coercitif et une meilleure définition du délit de trafic de stupéfiants. Ces modifications salutaires apportées à la législation après celles de 1986, qui aggravaient les peines infligées aux trafiquants de drogues, et qui étaient accompagnées du blocage et de la confiscation de biens, constituent un effort sérieux pour limiter le trafic illicite et bénéficient de l'appui sans réserve de l'opinion publique.

Indicateurs et Tendances — MALTE

PREVALENCE

Usage de cannabis	pop. générale	pop. scolaire
Au cours de la vie		7.0%
Au cours de la dernière année		5.1%
Au cours du dernier mois		2.7%

Usage problématique

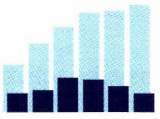
Estimation de la prévalence	3700	1997

TRAITEMENT

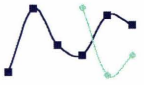
Demandes de traitement

Premier traitement	134	1999
Ensemble des traitements	797	1999
Premier traitement — Age moyen	24.7	1999
Premier traitement — % < 25 ans	59.0%	1999
Premier traitement — % femmes	16.0%	1999

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans



% femmes

Substitution aux opiacés

Première substitution	239	1997
Ensemble des substitutions	741	1997
Age moyen		
Premier traitement — % < 25	66.1%	1997
Premier traitement — % femmes	14.6%	1997

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	132 1999

Urgences non mortelles

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	6.0%	1997

Réf.: Premier traitement

Décès liés à la droque

Mortalité

Décès liés à la drogue	8	1999

Maladies infectieuses

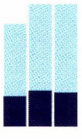
	Incidence UDVI		% UDVI infectés	
Hépatite B	2	1997	1.8%	1997
Hépatite C	48	1997	8.7%	1997
VIH	0	1997	0.0%	1997
SIDA	0	1997	0.0%	1997

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

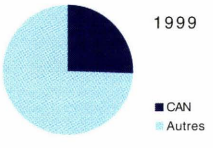
Arrestations

Trafic	129	1999
Consommation	333	1999
Ensemble des arrestations	462	1999

Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	94	1999
Héroïne	52	1999
Cocaïne	27	1999
Amphétamines	0	1999
Ecstasy	24	1999

Saisies de droques (N)

MOSCOU

Contexte

Population: 8 630 000 (1998)

Géographie

Capitale de la Fédération de Russie et l'une des plus grandes métropoles d'Europe. Située au centre de la partie européenne de la Russie. Point de jonction des réseaux de transports, doté de cinq aéroports, sept gares et deux ports fluviaux. L'industrie moscovite est diversifiée. Siège du gouvernement et des services commerciaux. Ces dernières années, baisse de la production industrielle et des investissements et aggravation des problèmes sociaux. Caractéristiques démographiques: vieillissement de la population, accroissement naturel négatif, recul du nombre de résidents permanents, progression du nombre d'immigrants. Moscou est le siège de l'Académie des sciences russe, de l'Académie des sciences médicales, de nombreux centres de recherche scientifique et de plus de cent établissements d'enseignement supérieur. C'est aussi un important centre de la vie culturelle.

Historique et modes de consommation

L'usage de drogues et d'autres substances psychoactives a été longtemps de beaucoup inférieur à ce qu'il était dans l'ensemble de la Russie. La consommation apparente – comme il ressort des premières demandes de traitement – a évolué à la hausse après la promulgation de la loi de 1985 sur la répression de l'alcoolisme, non seulement à cause de l'augmentation de la consommation, mais encore du fait que la campagne anti-alcoolique avait stimulé le renforcement du réseau d'établissements dispensant des traitements et des soins aux toxicomanes en général.

Le niveau de la consommation de drogues dépasse maintenant à Moscou la moyenne de l'ensemble de la Russie. Les jeunes l'emportent parmi les toxicomanes, la proportion des personnes de sexe féminin continue de progresser. Les indices de morbidité et de mortalité sont en hausse. La saturation du marché clandestin de la drogue et leur facilité d'accès passent pour être les causes principales de la montée en flèche de la consommation. L'usage par voie injectable gagne également en ampleur.

Interventions et politique en matière de drogue

Moscou possède deux hôpitaux de jour et de nuit et onze hôpitaux de jour qui traitent les toxicomanies. La prise en charge peut être assurée en outre dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services de toxicologie des hôpitaux généraux.

Indicateurs et Tendances

MOSCOU

PREVALENCE

Usage de cannabis

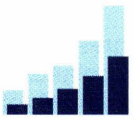
	pop. générale	*pop. scolaire*	
Au cours de la vie			
Au cours de la dernière année			
Au cours du dernier mois		*3.5%*	*1999*

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		10617	
Ensemble des traitements		20371	
	Age moyen		
Premier traitement	% < 25 ans	*27.9%*	*1997*
Premier traitement	% femmes	*18.5%*	

1er et ensemble traitements



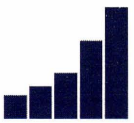
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	10077
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	

Admissions



SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	285

Décès liés à la drogue

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B		
Hépatite C	1842	
VIH		
SIDA	17	

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

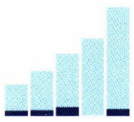
Arrestations

Trafic	482
Consommation	7687
Ensemble des arrestations	8169

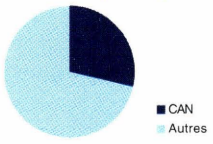
Condamnations

Ensemble des condamnations	7687

Arrestations par infraction



Arrestations par drogue

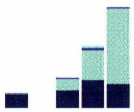


MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	1720
Héroïne	5823
Cocaïne	76
Amphétamines	61
Ecstasy	

Saisies de droques (N)



NOVOSSIBIRSK

Contexte

Population: 1 399 000 (1998)

Géographie

Principale ville de Sibérie occidentale sur l'Ob. Important nœud de transports. Industrie lourde, grand complexe militaro-industriel, plusieurs centres de recherche scientifique. Caractéristiques démographiques: mortalité croissante, recul du taux de natalité, nombreux citoyens d'origine étrangère, apatrides et personnes déplacées venant des régions où l'usage de drogues existe de longue date. Haut niveau de chômage en corrélation avec la diminution de la production et l'aggravation de la situation socio-économique.

Historique et modes de consommation

L'usage de drogues est fort répandu. Les drogues de toutes sortes abondent sur le marché et sont de plus en plus disponibles. Comme des enquêtes scolaires l'ont révélé, près de 15% des élèves en consomment; dans le secondaire, la prévalence de chacune d'entre elles avoisine 20% en première année. Plus de 80% des toxicomanes sont des usagers par voie injectable.

Une progression de la consommation s'observe chez les jeunes. L'héroïne et la méthadone remplacent toujours plus les autres opiacés. La prise d'héroïne gagne du terrain. Il faut s'attendre à une évolution constante à la hausse de l'usage de drogues et des problèmes qui en découlent.

Interventions et politique en matière de drogue

Le dispositif de soins crée en 1995 offre des services variés. Les demandes de traitements et de soins en matière de maladies et d'urgences liées à la drogue ne cessent d'augmenter. Un nouveau programme local de prévention des toxicomanies chez les jeunes a été adopté récemment. Il existe une ligne téléphonique d'urgence confidentielle à laquelle s'adresser pour des problème de toxicomanie, ainsi que des associations de parents luttant activement contre la drogue. Novossibirsk possède un organe de coordination intersectorielle d'intervention en matière de drogue.

Indicateurs et Tendances

NOVOSIBIRSK

PREVALENCE

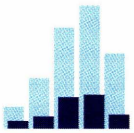
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		1023
Ensemble des traitements		5697
Age moyen		
Premier traitement	% < 25 ans	*13.4%*
Premier traitement	% femmes	*15.1%*

1er et ensemble traitements



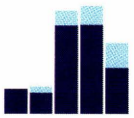
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	700
Hôpitaux généraux	383
Urgences non mortelles	413

Admissions



Urgences non mortelles

SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

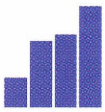
Prévalence de UDVI	*83.0%*
Réf. Ensemble traitements	

Prévalence de UDVI

Mortalité

Décès liés à la drogue	77

Décès liés à la droque



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	327	
Hépatite C	121	
VIH		*0.5%* *1997*
SIDA	18	

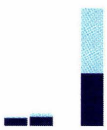
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

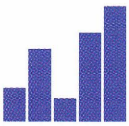
Arrestations

Trafic	1163	*1997*
Consommation	1459	*1997*
Ensemble des arrestations	4900	

Arrestations par infraction



Condamnations



Condamnations

Ensemble des condamnations	3413

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	879	*1997*
Héroïne	4	*1997*
Cocaïne	2	*1997*
Amphétamines	1	*1997*
Ecstasy		

Saisies de droques (N)

Prix des droques

ORENBOURG — Contexte

Population: 527 000 (1998)

Géographie

Ville située au sud de l'Oural, à la limite méridionale de la partie centrale de la Russie, près du Kazakhstan et à la jonction de l'Europe et de l'Asie. Nœud de communications entre la Russie et les pays d'Asie centrale. La population est relativement jeune, les moins de 30 ans représentant 43% du total. La situation sociodémographique se caractérise par une baisse de la natalité, une hausse de la mortalité et un accroissement de l'afflux de personnes déplacées en provenance des pays de l'ex-URSS. Le mouvement migratoire forcé vers la région d'Orenbourg est imputable aux bouleversements politiques et socio-économiques, ainsi qu'à l'aggravation depuis dix ans des relations entre ces pays. Jusqu'à 68 000 réfugiés, en majorité des Russes, ont été enregistrés officiellement dans la région entre 1992 et 1998. La région est simultanément le théâtre d'une émigration non négligeable, au point de l'emporter depuis quelques années sur l'immigration. La situation démographique est depuis une décennie d'une instabilité dont le tissu social de la ville n'a pu que pâtir.

La population de la ville est traditionnellement multinationale. Les Russes y prédominent, mais il y a aussi des Tatars, des Bachkirs, des Kazakhs, des Tadjiks, des Ukrainiens, des Allemands etc. Les tensions entre ces différentes nationalités empirent depuis quelques années.

Grâce à sa situation géographique favorable, Orenbourg est devenue un grand centre industriel de la région économique ouralienne. C'est un conglomérat d'industries lourdes, légères et agroalimentaires. La production du complexe gazier d'Orenbourg s'exporte dans maintes régions de la Russie et à l'étranger. La situation économique s'est aggravée à la suite de la privatisation des entreprises. Le nombre d'entreprises non rentables ne cesse d'augmenter (42 % en 1996). Le volume de la production industrielle est en perte de vitesse; à cela s'ajoute une crise monétaire générale sévissant en Russie, d'où une chute constante du niveau de vie.

Historique et modes de consommation

Selon les statistiques officielles, le nombre de personnes enregistrées à cause de leur abus systématique de substances psychoactives était de 17-18 par 100 000 habitants au milieu des années 80. Il est passé lentement à 37 en 1995, puis il a progressé très vite à 305 en 1998. Des enquêtes spécifiques ont révélé que l'usage de drogues, d'opiacés en particulier, se propageait rapidement dans l'ensemble de la population. Si la consommation de drogues était surtout le fait, au début des années 90, de chômeurs ayant eu un passé ou des affiliations criminels, c'est chez les étudiants et dans les classes sociales moyennes et supérieures qu'elle a recruté des adeptes au cours des deux ou trois dernières années.

La gamme des drogues consommées a également changé au cours de la dernière décennie. Apparue en 1997 sur le marché, l'héroïne s'est rapidement disséminée à partir du milieu de l'année 1998. Les usagers sont passés d'opiacés faits maison à partir de paille de pavot à l'opium brut, ensuite à l'héroïne. La cocaïne, le LSD et l'ecstasy sont également arrivés sur le marché en 1997. L'évolution a aussi abouti à un plus large usage de drogues par voie injectable et à une augmentation des problèmes de santé connexes.

Interventions et politique en matière de drogue

La prévalence s'étant accrue, la demande de traitement et les interventions médicales liées à la drogue se sont inscrites en forte hausse. La plupart sont imputables à l'héroïnomanie. Depuis 1990, les services assurés ont été diversifiés afin de pouvoir faire face à la recrudescence de la consommation et des problèmes liés à la drogue.

Il existe un organe, composé de représentants de tous les secteurs intéressés, chargé d'élaborer et d'évaluer des stratégies d'intervention.

Indicateurs et Tendances

ORENBOURG

PREVALENCE

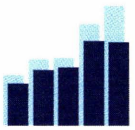
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

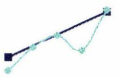
Demandes de traitement

Premier traitement		624
Ensemble des traitements		900
Premier traitement	Age moyen	22.2
Premier traitement	% < 25 ans	*73.6%*
Premier traitement	% femmes	*6.1%*

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

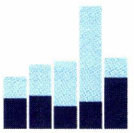


% femmes

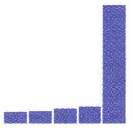
Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	134
Hôpitaux généraux	52
Urgences non mortelles	627

Admissions



Urgences non mortelles



SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

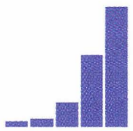
Prévalence de UDVI	*83.0%*
Réf.Ensemble traitement	

Prévalence de UDVI

Mortalité

Décès liés à la drogue	45

Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	100	*7.7%*
Hépatite C		
VIH	2	*0.2%*
SIDA		

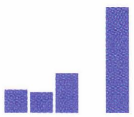
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

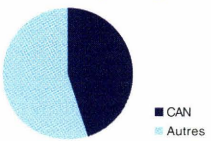
Arrestations

Trafic	29
Consommation	
Ensemble des arrestations	789

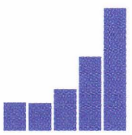
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations



Condamnations

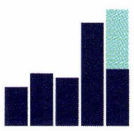
Ensemble des condamnations	639

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	338
Héroïne	364
Cocaïne	0
Amphétamines	3
Ecstasy	0

Saisies de droques (N)



Prix des droques

OSLO

Contexte

Population: 495 000 (1997)

Géographie

Capitale de la Norvège. Centre national du commerce, des transports, de la culture et du tourisme. Taux de chômage en 1997: 4%. Développement économique et situation de l'emploi plutôt satisfaisants depuis 1990.

Historique et modes de consommation

La principale drogue consommée est le cannabis, suivi des amphétamines, de l'ecstasy, de la cocaïne et de l'héroïne. Dans les années 90, on a essayé aussi le cannabis et, dans une moindre mesure, d'autres drogues, telles que l'ecstasy et le LSD, qui semblent progresser chez les jeunes adultes. La consommation problématique est principalement celle de l'héroïne, des amphétamines et des benzodiazépines. La principale voie d'administration de l'héroïne est l'injectable, mais la fumer est aussi de plus en plus courant. Sa consommation s'est stabilisée depuis 1995. La population de toxicomanes vieillit et l'incidence des jeunes dans le groupe des usagers par voie injectable n'évolue probablement pas à la hausse.

Interventions et politique en matière de drogue

Plusieurs structures spécialisées ont vu le jour depuis 1970, à savoir des centres hospitaliers, dont une communauté thérapeutique, des centres de traitement ambulatoire, des unités hospitalières et des structures d'accueil à bas seuil d'admission. Un programme de distribution de seringues a été mis en route en 1988. Des seringues sont distribuées par un bus d'information sur le sida. Depuis 1990, de plus en plus de structures de soins libres de drogues sont ouvertes. En 1993, une loi nouvelle a rendu obligatoire le traitement des toxicomanes âgés de 18 ans ou plus. En 1994, ont été lancés un projet-pilote de substitution par la méthadone, un programme de maintenance à haut niveau d'admission mis en œuvre en coopération avec des services de traitement hospitalier ou ambulatoire libres de drogues. En 1997, le Parlement norvégien a décidé d'étendre le programme de maintenance par la méthadone en le rendant accessible à l'échelle nationale aux toxicomanes répondant à une série de critères.

La politique locale en matière de drogues s'aligne sur la politique nationale. A l'échelon de la ville, les organismes de lutte contre la drogue et la police collaborent souvent pour essayer de résoudre les problèmes liés aux stupéfiants.

Indicateurs et Tendances

OSLO

PREVALENCE

pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		
Ensemble des traitements		
Age moyen		
% < 25 ans		
% femmes		

1er et ensemble traitements

Substitution aux opiacés

Première substitution	50	1997
Ensemble des substitutions		
Premier traitement Age moyen	37.0	1997
Premier traitement % < 25 ans	*0.0%*	1997
Premier traitement % femmes	*44.0%*	1997

Episodes hospitaliers

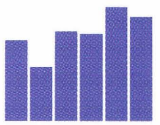
Hôpitaux psychiatriques		
Hôpitaux généraux		
Urgences non mortelles	1255	1997

SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	95	1997

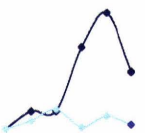
Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI		*% UDVI infectés*
Hépatite B	28	1997	
Hépatite C			
VIH	4	1997	
SIDA	4	1997	

Incidence UDVI



INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Condamnations

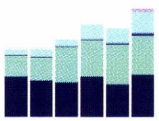
Ensemble des condamnations	2084	1997

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	1547	1997
Héroïne	1466	1997
Cocaïne	94	1997
Amphétamines	833	1997
Ecstasy	138	1997

Saisies de drogues (N)



PARIS

Contexte

Population: 2 131 000 (1995)

Géographie

Capitale de la France. Centre international du commerce, de l'industrie, de la culture et du tourisme. Ville cosmopolite et pluri-ethnique. Les services prennent le relais de l'industrie dans l'activité économique, d'où des pertes d'emplois au début des années 90, mais la situation s'est améliorée par la suite. Taux de chômage en 1996: 10,9%.

Historique et modes de consommation

Le cannabis, le LSD, les amphétamines, la cocaïne et l'héroïne sont consommés depuis les années 60. L'usage du «crack» a été observé pour la première fois en 1989. Celui de l'ecstasy et d'autres drogues de synthèse (GBH, kétamine, notamment) a augmenté parallèlement à l'essor des nouvelles cultures (rave) de la jeunesse. Les résultats des enquêtes font ressortir une progression notable de la consommation de drogues illicites dans les années 90. Il en va de même de l'usage du «crack». La voie injectable est le principal mode d'administration de l'héroïne, mais le nombre de ceux qui la prisent ou la fument est en progression. L'usage illicite (par voie injectable) du Subutex (buprénorphine), drogue de substitution pour le traitement médical des héroïnomanes apparue en 1995, paraît également progresser. Le Rohypnol est un médicament dont les héroïnomanes ont usé de longues années durant. La consommation d'héroïne est probablement en régression.

Interventions et politique en matière de drogue

Le traitement antidrogue est assuré dans des hôpitaux et des centres spécialisés. Des campagnes de prévention de la consommation de drogues ont été mises en place en 1990, en milieu scolaire. En 1992, a été entamé dans un arrondissement de la ville un programme pilote d'échange de seringues visant à réduire le risque de transmission du VIH. Ce programme a été étendu en 1993 à d'autres arrondissements. Un nouveau programme officiel destiné à améliorer les soins dispensés aux toxicomanes a été lancé en 1995. Le nombre d'unités spécialisées dans les cliniques et les hôpitaux a augmenté, la distribution des drogues de substitution a été organisée et deux centres à bas seuil d'exigence – une antenne d'accueil pour toxicomanes et un centre d'hébergement d'urgence pour les sans-abri toxicomanes – ont été créés. Le Subutex et la méthadone sont les produits de substitution utilisés dans le traitement médical des héroïnomanes. Ces produits sont prescrits par les médecins généralistes. La méthadone est prescrite après une analyse d'urine obligatoire, mais pas le Subutex.

La politique de la ville en matière de drogue est conforme à la politique nationale. La police, le dispositif sanitaire, les autorités judiciaires et le système éducatif coordonnent leurs activités. Le recul de l'administration par voie injectable de l'héroïne s'est traduit dans une certaine mesure par une baisse des nuisances auxquelles la population est sensible et, peut-être, par une attitude moins négative à l'égard des toxicomanes.

Indicateurs et Tendances

PARIS

PREVALENCE

Usage de cannabis

	pop. générale	pop. scolaire	
Au cours de la vie		25.7%	1997
Au cours de la dernière année			
Au cours du dernier mois		23.0%	

Prévalence du cannabis

Usage problématique

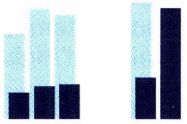
Estimation de la prévalence	40000

TRAITEMENT

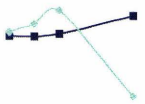
Demandes de traitement

Premier traitement		2529	
Ensemble des traitements		2640	1997
Premier traitement	Age moyen	33.0	1997
Premier traitement	% < 25 ans	*11.1%*	1997
Premier traitement	% femmes	*27.0%*	1997

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans



% femmes

Substitution aux opiacés

Première substitution	
Ensemble des substitutions	2671
Age moyen	
% < 25 ans	
% femmes	

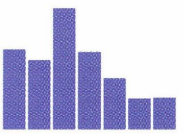
SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*18.0%*
Réf: Ensemble traitements	

Prévalence de UDVI

Décès liés à la drogue



Mortalité

Décès liés à la drogue	38

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B		
Hépatite C		
VIH		
SIDA	77 1997	

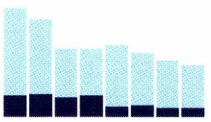
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

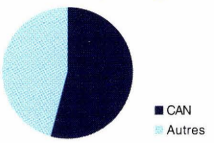
Arrestations

Trafic	621
Consommation	3128
Ensemble des arrestations	3749

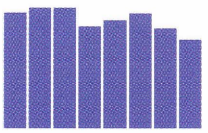
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations



Condamnations

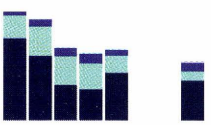
Ensemble des condamnations	1630

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	1810
Héroïne	384
Cocaïne	420
Amphétamines	11
Ecstasy	51

Saisies de droques (N)



PERM

Contexte

Population: 344 000 (1996)

Géographie

Centre industriel situé dans la partie occidentale de l'Oural. Important nœud ferroviaire reliant l'Europe à l'Asie. Population en lente croissance par suite de l'afflux de personnes déplacées et de réfugiés venant, les premières, des pays membres de la CEI, et les seconds, d'Asie.

Historique et modes de consommation

La présence de la plupart des drogues illicites a été constatée dans la ville. Leur administration par voie injectable progresse. Leur consommation a tendance à débuter à un âge de plus en plus précoce. Selon une enquête faite en 1998 auprès de 870 élèves de l'un des quartiers industriels de la ville, 9,8% d'entre eux prenaient de la drogue au minimum une fois par semaine. Dans les établissements d'enseignement professionnel, 22% des élèves en consommaient de temps à autre, dont 8% au moins une fois par semaine. La drogue provient surtout d'Asie centrale et d'Afghanistan.

Interventions et politique en matière de drogue

Le nombre de personnes enregistrées comme toxicomanes est en constante augmentation, comme l'est aussi celui des soins d'urgence et des soins médicaux liés à la drogue qui sont dispensés dans les hôpitaux.

Indicateurs et Tendances

PERM

PREVALENCE

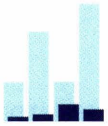
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		524	
Ensemble des traitements		5327	
	Age moyen		
	% < 25 ans		
Premier traitement	% femmes	*11.0%*	*1996*

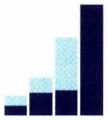
1er et ensemble traitements



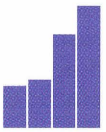
Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	1168	
Hôpitaux généraux	575	*1997*
Urgences non mortelles	1650	

Admissions



Urgences non mortelles



SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI

Réf. inconnue

Décès liés à la drogue

Mortalité

Décès liés à la drogue	24

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI		*% UDVI infectés*
Hépatite B	450	*1997*	
Hépatite C			
VIH			
SIDA	21		

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic	1285
Consommation	1756
Ensemble des arrestations	3041

Arrestations par infraction

Condamnations

Ensemble des condamnations	1918

Condamnations

MARCHE DE LA DROGUE

pas de données (récentes)

PRAGUE — Contexte

Population: 1 207 000 (1998)

Géographie

Capitale de la République tchèque. Centre national des transports, du commerce, de l'industrie, de la culture et du tourisme. Evolution favorable de l'économie dans les années 90. Expansion rapide du secteur tertiaire. Accroissement des dépenses d'équipement, y compris des investissements étrangers. Taux de chômage en 1997: 0,9%.

Historique et modes de consommation

Les drogues ont fait leur apparition lors des contestations étudiantes de la fin des années 60. Entre 1970 et 1990, le phénomène était marginal et occulté. Il s'agissait surtout de produits pharmaceutiques. La pervitine (une méthamphétamine) et la «brune» (un opiacé contenant de la codéine) de fabrication maison étaient les drogues classiques des années 80. Avec les bouleversements sociopolitiques de 1989, le pays s'est embarqué dans un difficile processus de transformation et a connu une brutale accélération de la consommation de drogues. Les produits pharmaceutiques renfermant des substances psychoactives (en particulier des opiacés ou des stimulants) et des substances volatiles étaient les drogues les plus couramment utilisées. Leur usage s'est relativement stabilisé ces dernières années, mais celui des drogues «nouvelles» a fortement progressé, notamment la consommation ludique du cannabis et des hallucinogènes parmi les jeunes. Apparue sur le marché dans les années 90, l'héroïne est prise le plus souvent par voie injectable.

Interventions et politique en matière de drogue

Le traitement antidrogue était assuré par le passé par des services psychiatriques ambulatoires spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et des problèmes liés à l'usage de drogues, et par des départements spécialisés des hôpitaux psychiatriques ou généraux. Depuis le début des années 90, le système sanitaire est l'objet d'une refonte portant sur la privatisation des établissements sanitaires et la décentralisation des services. Les organisations non gouvernementales intervenant dans le domaine de la prise en charge ont vu augmenter leur nombre. Parmi elles, figurent de nouvelles structures à bas seuil d'exigence faisant preuve de plus de souplesse et adoptant des méthodes moins traditionnelles en matière de traitement, de réinsertion et d'aide. Des programmes d'échange de seringues, un traitement de substitution (mais à une échelle relativement restreinte) et un traitement à long terme dans des communautés thérapeutiques comptent parmi les progrès les plus récents.

En ce qui concerne les interventions, la priorité revient à la police et au ministère public. Un nouveau Code pénal est entré en vigueur en 1994. La consommation de drogues et leur possession à usage personnel ne constituent plus un délit pénal. Les auteurs d'infractions à la législation sur les drogues peuvent demander à suivre un traitement. C'est à la Commission de lutte contre les drogues de la municipalité praguoise, formée de représentants des collectivités locales, de la police et de structures spécialisées, sanitaire ou sociale, qu'il appartient de fixer des priorités à la politique de la ville en matière de drogue. Elle a pour objectif fondamental, en particulier, d'instaurer un équilibre entre les mesures répressives et les mesures préventives. La consommation de drogues, notamment chez les jeunes, est l'objet depuis 1990 des préoccupations de la population et d'un débat public.

Indicateurs et Tendances

PRAGUE

PREVALENCE

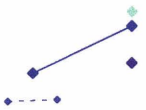
Usage de cannabis

	pop. générale		pop. scolaire	
Au cours de la vie			39.4%	1999
Au cours de la dernière année	6.3%	1996	34.1%	1999
Au cours du dernier mois			20.2%	1999

Usage problématique

Estimation de la prévalence

Prévalence du cannabis

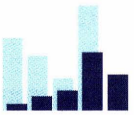


TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		533	1997
Ensemble des traitements		1578	1996
Premier traitement	Age moyen	21.1	1997
Premier traitement	% < 25 ans	83.7%	1997
Premier traitement	% femmes	42.6%	1997

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

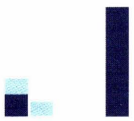
Substitution aux opiacés

Première substitution		
Ensemble des substitutions	25	1997
Age moyen		
% < 25		
% femmes		

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	983	1996
Hôpitaux généraux		
Urgences non mortelles	38	1997

Admissions



SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	70.0%	1997

Réf Ensemble traitements

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI		% UDVI infectés
Hépatite B	11	1997	
Hépatite C	43	1997	
VIH	3	1997	
SIDA	0	1997	

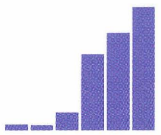
Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic		
Consommation		
Ensemble des arrestations	279	1997

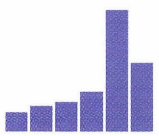
Arrestations par infraction



Condamnations

Ensemble des condamnations	81	1997

Condamnations



MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	32	1997
Héroïne	14	1997
Cocaïne	10	1997
Amphétamines	13	1997
Ecstasy		

Prix des drogues

SOFIA

Contexte

Population: 1 142 000 (1996)

Géographie

Capitale de la Bulgarie. Centre économique national. L'économie est en crise depuis les changements sociopolitiques survenus au début des années 90. Taux de chômage relativement élevé.

Historique et modes de consommation

Sous l'influence des modes suivies par les jeunes apparues dans le monde occidental, de petits groupes se sont mis, vers 1965, à consommer des drogues, principalement des opiacés comme la morphine ou la codéine, administrées couramment par voie injectable. Une deuxième vague de toxicomanies s'est manifestée entre 1975 et 1985, les drogues utilisées étant alors les opiacés, les benzodiazépines, les médicaments hallucinogènes (antiparkinsoniens) et les solvants. La troisième vague est née à la fin des années 80, période de libéralisation et de profondes mutations sociales. L'usage de drogues illicites n'a cessé de se répandre à partir de 1991-1992.

Une nouvelle génération d'héroïnomanes est arrivée, dont la plupart pratiquaient l'injection. Rien ne prouve que de l'héroïne ait été fabriquée artisanalement en Bulgarie. L'abus de substances volatiles a perdu du terrain. Il est possible que certains groupes «sniffent» de la cocaïne. Après le cannabis, de nouvelles drogues telles que l'ecstasy jouissent de la faveur des jeunes. D'après des enquêtes faites en milieu scolaire, le cannabis est la drogue la plus consommée par les élèves âgés de 14 à 18 ans. En 1995, le nombre d'usagers de drogues était estimé à 10 000-15 000, dont quelque 4 000 à 5 000 consommateurs habituels. Quoique l'injection soit encore la principale voie d'administration de l'héroïne, la «chasse au dragon» a été observée récemment tant chez les jeunes que chez les héroïnomanes de longue durée qui renoncent à l'injection en raison des contraintes pratiques de ce mode d'administration.

Interventions et politique en matière de drogue

Avant 1993, des actions concernant cette problématique étaient menées par différentes institutions agissant plus ou moins chacune de son côté. En 1992-1993, une politique de coordination des actions en matière de réduction de l'offre et de la demande a été mise en place, notamment avec la création du Conseil national interministériel de lutte contre le trafic illicite et l'abus de drogues. Son principal but est de coordonner et de consolider les activités de tous les organismes en charge des questions de drogue.

A l'heure actuelle, le principal organe de prise en charge existant à Sofia est intégré au Centre national des toxicomanies (CNT). Ce centre a servi de base à l'élaboration de programmes hospitaliers ou ambulatoires, dont un programme de maintenance par la méthadone et des projets de prévention en milieu scolaire.

Aux termes de la Loi sur la santé publique, le Ministère de la Santé réglemente la production, la transformation, le stockage, l'importation et la comptabilisation des psychotropes et de leurs précurseurs. La distribution d'opiacés est punie d'une amende. L'adoption de lois sur l'obligation de soins des toxicomanes condamnés est à l'étude.

Indicateurs et Tendances

SOFIA

PREVALENCE

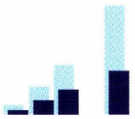
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

	Premier traitement	395	
	Ensemble des traitements	974	
Premier traitement	Age moyen	21.0	
Premier traitement	% < 25 ans	*85.8%*	
Premier traitement	% femmes	*19.2%*	

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

% femmes

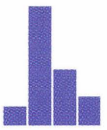
Substitution aux opiacés

	Première substitution	
	Ensemble des substitutions	240
Ensemble traitement	Age moyen	27.2
Ensemble traitement	% < 25 ans	*52.1%*
Ensemble traitement	% femmes	*23.3%*

Episodes hospitaliers

	Hôpitaux psychiatriques	
	Hôpitaux généraux	
	Urgences non mortelles	338 *1997*

Urgences non mortelles



SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*75.0%*	*1997*
Réf. inconnue		

Décès liés à la drogue

Mortalité

Décès liés à la drogue	20	*1997*

Maladies infectieuses

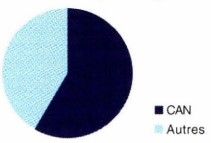
	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*	
Hépatite B		*17.5%*	*1997*
Hépatite C		*77.5%*	*1997*
VIH		*3.5%*	*1997*
SIDA			

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

Trafic	244
Consommation	
Ensemble des arrestations	244

Arrestations par drogue



Condamnations

Ensemble des condamnations	70	*1997*

MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	7
Héroïne	20
Cocaïne	8
Amphétamines	1
Ecstasy	

STOCKHOLM

Contexte

Population: 718 000 (1996)

Aucune information disponible.

Indicateurs et Tendances

STOCKHOLM

PREVALENCE

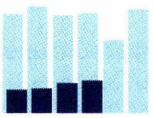
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement			
Ensemble des traitements	2375	1996	
Age moyen			
Premier traitement	% < 25 ans	*10.4%*	*1996*
Premier traitement	% femmes	*28.0%*	*1996*

1er et ensemble traitements



Age moyen et % < 25 ans

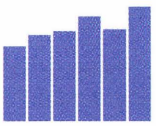
% femmes

SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	61	1996	

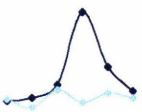
Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI		*% UDVI infectés*
Hépatite B	23	1996	
Hépatite C			
VIH			
SIDA	19	1996	

Incidence UDVI



INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

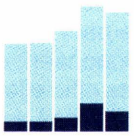
Arrestations

Trafic	221	1996	
Consommation	1127	1996	
Ensemble des arrestations	1348	1996	

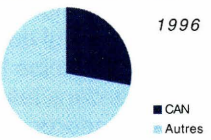
Condamnations

Ensemble des condamnations	1731	1996	

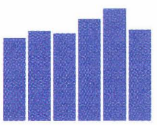
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations

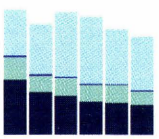


MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	754	1996	
Héroïne	368	1996	
Cocaïne	21	1996	
Amphétamines	1411	1996	
Ecstasy			

Saisies de droques (N)



SAINT-PETERSBOURG — Contexte

Population: 4 716 000 (1998)

Géographie

Saint-Pétersbourg, où vit 4,5% de la population urbaine de la Russie, est l'une des plus grandes métropoles d'Europe. Son évolution sociodémographique est la même que dans le pays tout entier. Principale tendance démographique: population décroissante, en particulier parmi les plus jeunes. La ville est un important centre industriel, commercial et des transports.

En général, la situation économique est relativement meilleure que celle de Moscou ou d'autres villes russes. Le taux de chômage officiel était de 9% en 1997. Du fait de son emplacement, la ville est plus ouverte à l'influence d'autres pays et la situation en matière de drogue s'en ressent (propagation des modes de vie, importation et transit de drogues).

Historique et modes de consommation

Une progression fulgurante de la consommation de drogues illicites a été constatée au lendemain de la campagne antialcoolique de 1995. Les opiacés et le cannabis de fabrication artisanale prédominent.

Depuis la fin des années 90, on relève une irruption de l'héroïne sur le marché de la drogue où elle déloge les opiacés et s'allie à une forte poussée de l'usage par voie injectable. Cette évolution coïncide avec une baisse tant de la qualité que du prix de l'héroïne vendue dans la rue. La prévalence de l'usage de drogues serait supérieure à ce qu'elle est dans d'autres parties de la Russie.

La progression de la toxicomanie est à l'image des rapides mutations sociales, économiques et politiques des quinze dernières années, caractérisées par le partage de la société en riches et pauvres, la progression de la délinquance et le vide idéologique.

Interventions et politique en matière de drogue

La demande de soins augmente en corrélation avec la consommation d'héroïne. La ville compte 35 centres de traitement hospitalier ou ambulatoire. Bon nombre de services sociaux spécialisés – centres d'assistance aux familles, permanences téléphoniques pour adolescents, groupes d'entraide – sont nés ces dernières années. Outre ceux qui sont financés par l'Etat ou la ville, des centres privés à but lucratif sont apparus, tandis que des médecins libéraux dispensent eux aussi des traitements. Leurs interventions ne figurent néanmoins pas dans les statistiques officielles. La politique locale en matière de drogue est conforme à celle de l'Etat et coordonnée par le Conseil de coordination de la lutte contre la consommation et le trafic de stupéfiants.

Indicateurs et Tendances

ST.PETERSBOURG

PREVALENCE

Usage problématique

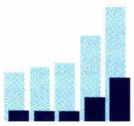
Estimation de la prévalence		1974

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		2623
Ensemble des traitements		6881
Premier traitement	Age moyen	23.0
Premier traitement	% < 25 ans	*79.3%*
Premier traitement	% femmes	*23.6%*

1er et ensemble traitements



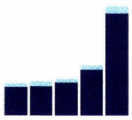
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

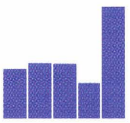
Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	3810
Hôpitaux généraux	261
Urgences non mortelles	3342

Admissions



Urgences non mortelles



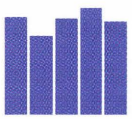
SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*93.0%*
Réf.Ensemble traitement	

Prévalence de UDVI

Décès liés à la drogue



Mortalité

Décès liés à la drogue	86

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	520	
Hépatite C		
VIH		*1.3%* *1996*
SIDA	7 *1996*	

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

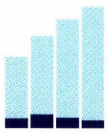
Arrestations

Trafic	261	*1997*
Consommation	4303	*1997*
Ensemble des arrestations	8744	

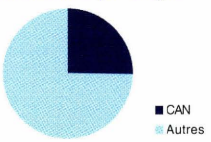
Condamnations

Ensemble des condamnations	5285

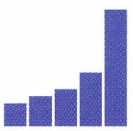
Arrestations par infraction



Arrestations par drogue



Condamnations

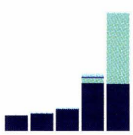


MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	2451
Héroïne	3654
Cocaïne	15
Amphétamines	48
Ecstasy	

Saisies de drogues (N)



Prix des drogues

VARNA

Contexte

Population: 305 000 (1997)

Géographie

Port sur la Mer Noire. Centre industriel, touristique et des transports. Evolution défavorable de l'économie au début des années 90; une reprise s'esquisse depuis 1997.

Historique et modes de consommation

A la fin des années 60, l'usage de drogues se concentrait sur un sous-groupe peu nombreux de consommateurs d'opiacés, de tranquillisants et de barbituriques. Dans les années 80, se sont fait jour de nouveaux modes de consommation: des médicaments associés à l'alcool et des solvants «sniffés» (inhalés) par des enfants âgés de 10 à 12 ans. La situation a réellement changé avec l'avènement de la démocratie à la fin des années 80 et au début des années 90, époque à laquelle l'héroïne a fait son apparition sur le marché local, suivie d'une augmentation des demandes de traitement, des urgences non mortelles et des cas d'hépatite B. Un groupe de quelques centaines d'héroïnomanes faisant partie de la minorité tzigane pose un problème spécifique au niveau local.

Les principales drogues utilisées aujourd'hui sont: le cannabis, l'héroïne et les médicaments associés à l'alcool, la cocaïne et l'ecstasy. Des enquêtes en milieu scolaire ont révélé que le cannabis était en 1997 la drogue la plus prisée des élèves âgés de 15 à 18 ans et qu'il était suivi des tranquillisants et des barbituriques. L'injection est le mode d'administration le plus pratiqué, sauf par les minorités ethniques (Arabes, Iraniens et Tziganes) et par les héroïnomanes. L'usage de la cocaïne semble se limiter aux «nouveaux riches».

Interventions et politique en matière de drogue

Des services hospitaliers et ambulatoires de traitement médical et de psychothérapie sont mis depuis 1973 à la disposition des usagers de drogues. Les moyens d'intervention, y compris des projets de prévention en milieu scolaire et un programme concernant l'échange de seringues, ont été renforcés depuis 1990.

Varna dispose d'une Commission permanente pour les problèmes de toxicomanie aux travaux de laquelle participent les collectivités locales, les organismes spécialisés dans les drogues, les institutions sanitaires et sociales, la police, le système éducatif et les autorités judiciaires. La politique locale en matière de drogues est focalisée sur les mesures préventives.

Indicateurs et Tendances

VARNA

PREVALENCE

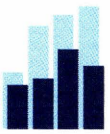
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		39	1997
Ensemble des traitements		75	1997
Premier traitement	Age moyen	21.7	1997
Premier traitement	% < 25 ans	*79.0%*	1997
Premier traitement	% femmes	*15.0%*	1997

1er et ensemble traitements



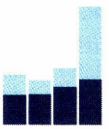
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

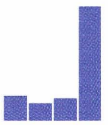
Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	48	1997
Hôpitaux généraux	77	1997
Urgences non mortelles	104	1997

Admissions



Urgences non mortelles



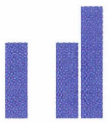
SANTE

Usage de drogues par voie injectable (UDVI)

Prévalence de UDVI	*68.0%*	1997
Réf.:Ensemble traitement		

Prévalence de UDVI

Décès liés à la drogue



Mortalité

Décès liés à la drogue	3	1997

Maladies infectieuses

	Incidence UDVI		*% UDVI infectés*
Hépatite B	5	1997	
Hépatite C			
VIH			
SIDA	0	1997	

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

Arrestations

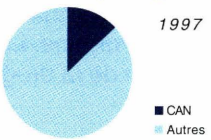
Trafic		6	1996
Consommation		2	1996
Ensemble des arrestations		23	1997

Condamnations

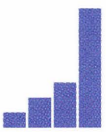
Ensemble des condamnations	8	1997

Arrestations par infraction

Arrestations par drogue



Condamnations



MARCHE DE LA DROGUE

pas de données (récentes)

VARSOVIE

Contexte

Population: 1 629 000 (1996)

Géographie

Capitale de la Pologne. Centre national commercial, industriel, culturel et touristique, et carrefour des transports entre l'Est et l'Ouest. Taux de chômage en 1997: 2,8%. Le taux de croissance économique est supérieur à la moyenne en Pologne.

Historique et modes de consommation

L'usage de drogues a été repéré pour la première fois vers 1970. Au départ, ce sont les opiacés, les substances volatiles, les sédatifs et les somnifères qui prédominaient. La situation a évolué depuis 1990, le cannabis, les amphétamines, les hallucinogènes et les drogues de synthèse devenant d'un usage plus courant, en particulier chez les jeunes, et souvent lié à certains modes de vie et aux cultures marginales. Les résultats de certaines enquêtes scolaires montrent que le cannabis y est la drogue illicite la plus consommée et que viennent ensuite les amphétamines et le LSD. Toutefois, les sédatifs, les tranquillisants et les solvants sont encore plus courants que l'ensemble des autres drogues illicites, à l'exception du cannabis. Les drogues problématiques sont surtout l'héroïne et les autres opiacés. L'injection est la principale voie d'administration des opiacés. Les données sur les demandes de traitement laissent supposer qu'un nouveau profil de toxicomanie se dégage quant à l'usage des amphétamines et du cannabis.

Interventions et politique en matière de drogue

Le traitement et la réinsertion sont pris en charge par plusieurs centres spécialisés. Quelques programmes expérimentaux de traitement par la méthadone ont été mis en œuvre à Varsovie, mais cette thérapie doit encore être considérée comme sortant de l'ordinaire. Pour permettre aux toxicomanes d'accéder à l'aide et au soutien sociaux, une fondation créée à cette fin est chargée d'améliorer la coopération entre les services sociaux et les services de soins de la ville.

En 1997, l'appareil policier chargé des problèmes de drogue a été modifié, l'accent étant mis sur la lutte contre la production de drogues illicites (culture du pavot et du chanvre) et leur trafic, et sur la prévention de la production et du trafic de nouvelles substances telles que les amphétamines et le cannabis. La police fait d'ordinaire preuve de plus de tolérance vis-à-vis des consommateurs de «compote polonaise» qui la produisent artisanalement pour leur propre usage ou la vendent en petites quantités.

La loi sur les drogues révisée en 1997 sert de fondement juridique pour le traitement de substitution, la réglementation des précurseurs et la prolongation des mécanismes de probation. Son adoption a été précédée de plusieurs années de débat public accompagné, à partir de 1990, d'une évolution de la situation en matière de drogue en Pologne. Les médias se sont beaucoup intéressés aux problèmes de transition sur le marché clandestin de la drogue et à la progression de leur consommation par les jeunes.

Indicateurs et Tendances

VARSOVIE

PREVALENCE

pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

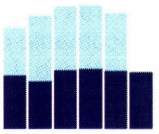
Premier traitement	270	1996
Ensemble des traitements	1023	1996

Premier traitement	Age moyen	24.0	1996
Premier traitement	% < 25 ans	*71.5%*	1996
Premier traitement	% femmes	*18.1%*	1996

Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	292	1996
Hôpitaux généraux		
Urgences non mortelles		

Admissions

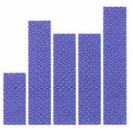


SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue

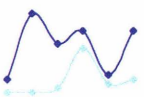
Décès liés à la droque



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*	
Hépatite B			
Hépatite C			
VIH	20		1996
SIDA	9		1996

Incidence UDVI



INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

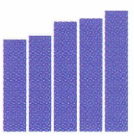
Arrestations

Trafic		
Consommation		
Ensemble des arrestations	4600	1996

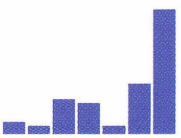
Condamnations

Ensemble des condamnations	33	1997

Arrestations par infraction



Condamnations



MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis
Héroïne
Cocaïne
Amphétamines
Ecstasy

Saisies de droques (N)

IAROSLAVL — Contexte

Population: 628 000 (1996)

Géographie

Située au nord-est de Moscou, au cœur de la Russie. Environ 37% de la population appartiennent à la tranche d'âge 15-39 ans. Ville compacte, dépourvue de zone périphérique. Le raffinage du pétrole et les constructions mécaniques sont les principales branches d'activité.

Historique et modes de consommation

Les problèmes de toxicomanie ont surgi au début des années 90, les drogues les plus consommées étant alors les opiacés de fabrication artisanale et le cannabis. La situation continue d'empirer, les chiffres officiels semblent être en comparaison trop bas. Le nombre de toxicomanes déclarés est passé de 29 en 1994, à 77 en 1996 (aucun enfant ou adolescent ne figurait parmi eux). L'abus d'héroïne et de méthadone est apparu ces dernières années. L'ecstasy est très répandu chez les jeunes. Il ressort des données sur les traitements que la progression de la toxicomanie coïncide avec l'arrivée de réfugiés immigrés des parties méridionales de l'ancienne Union soviétique. L'administration par voie injectable gagne du terrain.

Interventions et politique en matière de drogue

Les demandes de traitement vont augmentant et proviennent en majorité de consommateurs d'opiacés. Le traitement est dispensé par des centres psychiatriques spécialisés. Les indicateurs de santé témoignent d'une progression des problèmes de toxicomanie. Les interventions de la police se font elles aussi plus nombreuses.

La politique locale en matière de drogue est élaborée et appliquée par une commission régionale de lutte contre l'usage et le trafic illicite de drogues, dans le cadre d'un programme régional officiel.

Indicateurs et Tendances

YAROSLAVL

PREVALENCE

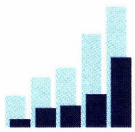
pas de données (récentes)

TRAITEMENT

Demandes de traitement

Premier traitement		160
Ensemble des traitements		271
Premier traitement	Age moyen	24.0
Premier traitement	% < 25 ans	*81.8%*
Premier traitement	% femmes	*17.5%*

1er et ensemble traitements



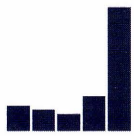
Age moyen et % < 25 ans

% femmes

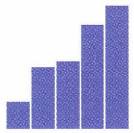
Episodes hospitaliers

Hôpitaux psychiatriques	231
Hôpitaux généraux	
Urgences non mortelles	229

Admissions



Urgences non mortelles

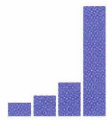


SANTE

Mortalité

Décès liés à la drogue	17

Décès liés à la drogue



Maladies infectieuses

	Incidence UDVI	*% UDVI infectés*
Hépatite B	42	
Hépatite C		
VIH		
SIDA	5	

Incidence UDVI

INFRACTIONS à la LEGISLATION sur les DROGUES

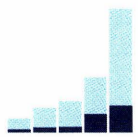
Arrestations

Trafic	158
Consommation	583
Ensemble des arrestations	741

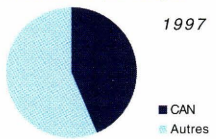
Condamnations

Ensemble des condamnations	292

Arrestations par infraction



Arrestations par drogue

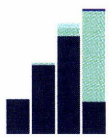


MARCHE DE LA DROGUE

Saisies de drogues

Cannabis	48	
Héroïne	135	
Cocaïne	3	
Amphétamines	7	1997
Ecstasy		

Saisies de drogues (N)



Prix des drogues