

4

**Evolution
des tendances
européennes**

4.1

Tendances des indicateurs

Présentation des données

Dans ce chapitre, nous présentons les tendances relatives à l'évolution des différents indicateurs en Europe. Comme précédemment, ces indicateurs concernent la prévalence, le traitement, la santé, les infractions à la législation sur les drogues et le marché de la drogue. Les données relatives aux tendances sont présentées dans la mesure où les critères de sélection prédéfinis sont respectés sous deux formes différentes:

1. Tableaux des valeurs récentes d'indicateurs et/ou des tendances par ville

Ces tableaux ont été élaborés dans la mesure où nous disposions de chiffres récents pour au moins 10 villes. Comme pour les caractéristiques des villes, les «chiffres récents» sont ceux qui datent de 1996 ou après. D'une manière générale, les chiffres concernent 1998; dans le cas contraire, l'année figure en italique à côté du chiffre. Le cas échéant, les chiffres sont donnés en taux pour 100 000 habitants. Les tendances concernent la période 1991-1998. L'orientation des tendances est représentée au moyen des symboles suivants:

-  **EN HAUSSE**
-  **EN BAISSSE**
-  **STABLE**

Les tendances ont été calculées à partir de la pente d'une droite de régression linéaire permettant d'en déterminer l'orientation et d'établir le coefficient Pearson de corrélation du moment des produits, utilisé pour interpréter la signification des tendances. Bien qu'un modèle linéaire ne donne pas toujours le meilleur ajustement pour calculer l'évolution réelle des tendances, il est réputé convenir aux fins d'une évaluation rapide. Les tendances sont dites EN HAUSSE ou EN BAISSSE lorsque **le coefficient de Pearson r^2** est supérieur de 0,5; dans les autres cas, la tendance est réputée STABLE. Aucune tendance n'est indiquée pour moins de 3 données pour la période de référence.

2. Cartes thématiques montrant la grandeur relative des indicateurs et des tendances par ville

Les cartes représentent les données d'indicateurs sous forme de cercles ou de «camemberts» pour chaque ville. La taille des cercles est proportionnelle à l'indicateur ou, le cas échéant, au taux pour 100 000 habitants. Pour des raisons pratiques, les chiffres et les taux sont des MOYENNES pour les années 1996-1998. La taille des différents secteurs des diagrammes circulaires est proportionnelle au pourcentage relatif à une sous-catégorie d'indicateur.

Les couleurs des cercles ou des secteurs reflètent l'orientation de la tendance: rouge pour une tendance EN HAUSSE, bleu pour une tendance EN BAISSSE ou jaune pour une tendance STABLE. Si aucune tendance ne peut être dégagée en raison du fait que nous avons moins de 3 chiffres, les cercles et les secteurs sont représentés en gris neutre.

Les cartes ne sont données que pour un certain nombre d'indicateurs.

Prévalence

Prévalence en % parmi la population scolaire				tendance
Amsterdam	23,0%	1997	4	▲
Paris	23,0%		1	
Madrid	20,7%	1997	1	
Prague	20,2%		1	
Gdansk	8,7%	1997	3	●
Bratislava	8,5%		2	
Athènes	8,2%		2	
Lisbonne	6,3%	1998	3	▲
Moscou	3,5%	1999	1	
Malte	2,7%		2	

Traitement

Toutes les demandes de traitement pour 100 000 habitants				tendance	% traités pour la première fois
Perm	1 548		4	●	10%
Krasnodar	749		5	●	35%
Amsterdam	426		8	▼	7%
Novossibirsk	409		5	▲	18%
Dublin	366		8	▲	26%
Kaliningrad	360		3	●	13%
Stockholm	338	1996	6	●	
Copenhague	336	1997	4	▲	15%
Hambourg	295	1996	4	▲	56%
Liège	270	1996	2		67%
Moscou	236		5	▲	52%
Budapest	234		5	▲	65%
Kemerovo	234		4	▲	72%
Bratislava	229		4	▲	35%
Barcelone	220	1997	7	●	39%
Malte	211	1999	6	▲	17%
Madrid	193		2		
Bruxelles	190	1997	1		
Gdansk	175		5	▲	28%
Orenbourg	168		5	▲	69%
Genève	167	1997	7	●	24%
St Pétersbourg	145		5	▲	38%
Iekaterinbourg	131		1		46%
Prague	130	1996	4	●	34%
Paris	124	1997	4	▲	96%
Ljubljana	84	1997	7	▲	54%
Sofia	83		4	▲	41%
Varsovie	63	1996	2		26%
Debrecen	51	1997	1		77%
Iaroslavl	43		5	▲	59%
Varna	23	1997	4	▲	52%
Athènes	22		5	●	44%

Première demande de traitement pour 100 000 habitants				tendance	âge moyen	tendance	% femmes	tendance
Krasnodar	259		5	▲	22,2	●	12%	●
Liège	182	1996	1		24,5			
Kemerovo	167		4	▲	20,7		23%	●
Hambourg	165	1996	4	●			32%	●
Budapest	153		5	▲			36%	▲
Perm	152		4	▲			11%	
Moscou	123		5	▲			19%	●
Paris	119		5	▲	33,0	▲	27%	●
Orenbourg	117		5	▲	22,2		6%	●
Dublin	95		8	●	21,7	●	32%	▲
Barcelone	86	1997	7	●	28,0	●	22%	▼
Bratislava	81		4	▼	21,9	▲	31%	●
Novossibirsk	73		5	●			15%	●
Charleroi	63		1		24,7		15%	
Helsinki	62	1996	6	●				
Iekaterinbourg	61		1					
St Pétersbourg	55		5	▲	23,0	●	24%	▲
Copenhague	51	1997	4	●	31,7	▲	24%	●
Gdansk	48		5	▲	18,7	▼	26%	●
Ljubljana	45	1997	7	▲	23,2	●	24%	▼
Kaliningrad	45		3	●	25,7	▲	21%	▼
Prague	44	1997	5	▲	21,1	●	43%	●
Genève	41	1997	7	●	27,7	▲	15%	●
Debrecen	39	1997	1				18%	
Malte	35	1999	6	●	24,7	●	16%	▲
Sofia	34		4	▲	21,0	▼	19%	●
Amsterdam	28		8	▼	34,2	▲	28%	●
Iaroslavl	26		5	▲	24,0	●	18%	●
Varsovie	17	1996	2		24,0		18%	
Varna	12	1997	4	▲	21,7	●	15%	▼
Albanie	10	1997	3	▲			8%	▼
Athènes	10		5	●	34,1	●	19%	●

Admissions en hôpital général pour 100 000 habitants				tendance
Perm	167	1997	3	▲
Hambourg	29	1997	5	▲
Novossibirsk	27		4	▲
Varna	24	1997	4	▲
Krasnodar	22		5	●
Orenbourg	10		5	●
Saint Pétersbourg	5		5	●
Helsinki	5		7	●
Ljubljana	0	1996	6	▼

Admissions en hôpital psychiatrique pour 100 000 habitants				tendance
Perm	339		4	▲
Liège	267	1996	1	
Moscou	117		5	▲
Krasnodar	105		5	●
Kemerovo	82		4	●
Prague	81	1996	2	
St Pétersbourg	80		5	▲
Hambourg	78	1997	5	▲
Helsinki	67		7	▲
Novossibirsk	50		5	●
Iaroslavl	37		5	▲
Orenbourg	25		5	●
Varsovie	18	1996	6	●
Varna	15	1997	4	▲
Ljubljana	14	1996	6	●
Kaliningrad	10		2	

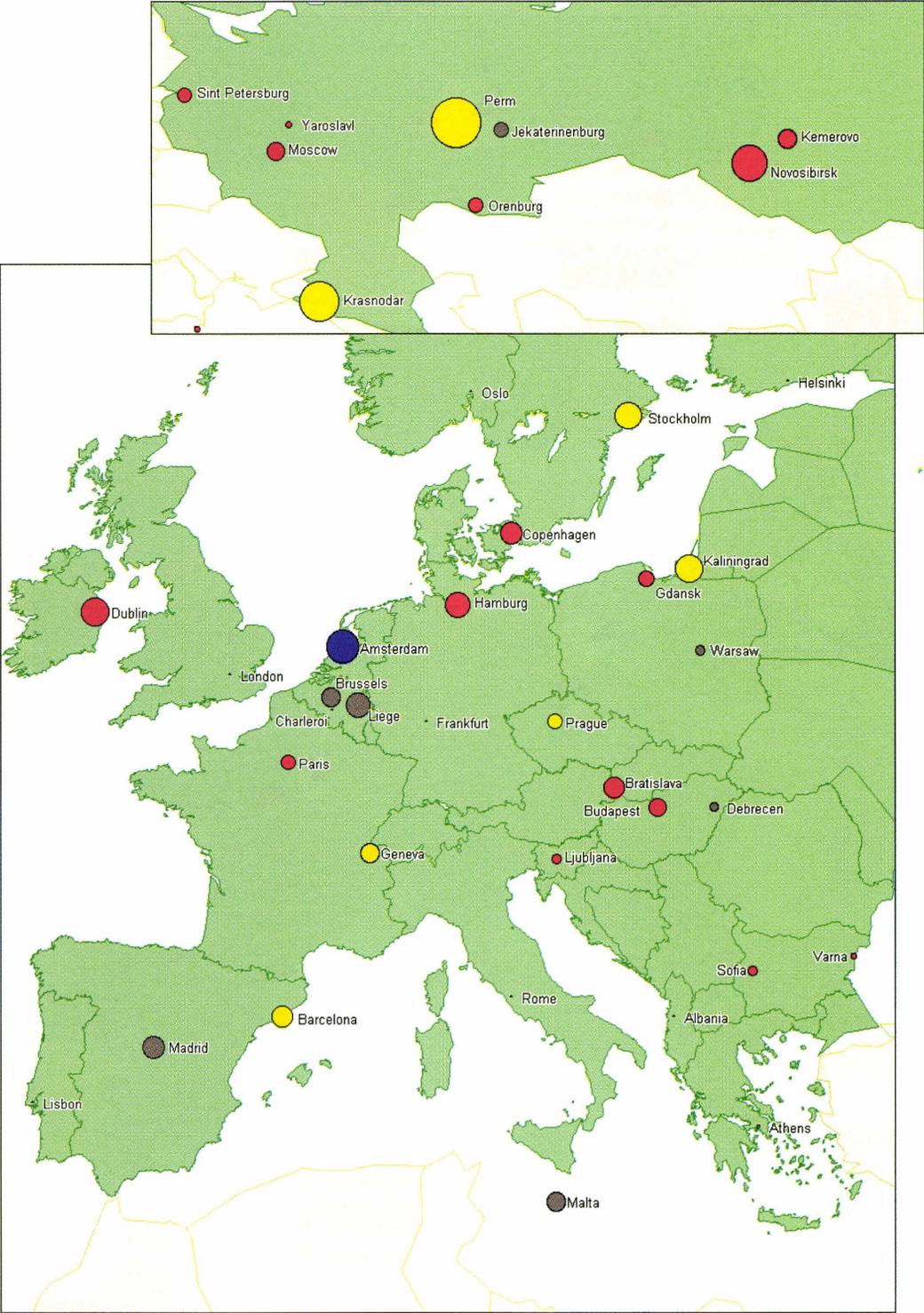
Urgences non mortelles liées à la drogue pour 100 000 habitants				tendance
Perm	479		4	▲
Oslo	260	1997	1	
Barcelone	192	1997	7	▼
Orenbourg	117		5	▲
Kemerovo	101		1	
Hambourg	88	1996	4	▼
Amsterdam	84		8	●
Budapest	83		3	▲
Gdansk	79		8	▲
St Pétersbourg	70		5	●
Krasnodar	53		5	▼
Liège	40	1996	1	
Iaroslavl	37		5	▲
Malte	35	1999	3	●
Iekaterinbourg	35		1	
Varna	33	1997	4	▲
Ljubljana	31	1997	4	▲
Novossibirsk	30		3	▲
Sofia	29	1997	4	●
Madrid	25		2	
Kaliningrad	7		3	▼
Charleroi	4		1	
Prague	3	1997	2	

Ensemble des demandes de traitement

La taille des cercles est proportionnelle au **TAUX DE L'ENSEMBLE des DEMANDES de TRAITEMENT** pour 100 000 habitants

Les couleurs des cercles indiquent l'**EVOLUTION de la TENDANCE de l'ENSEMBLE des DEMANDES de TRAITEMENT**:

● EN HAUSSE ● EN BAISSSE ● STABLE ● aucune tendance disponible



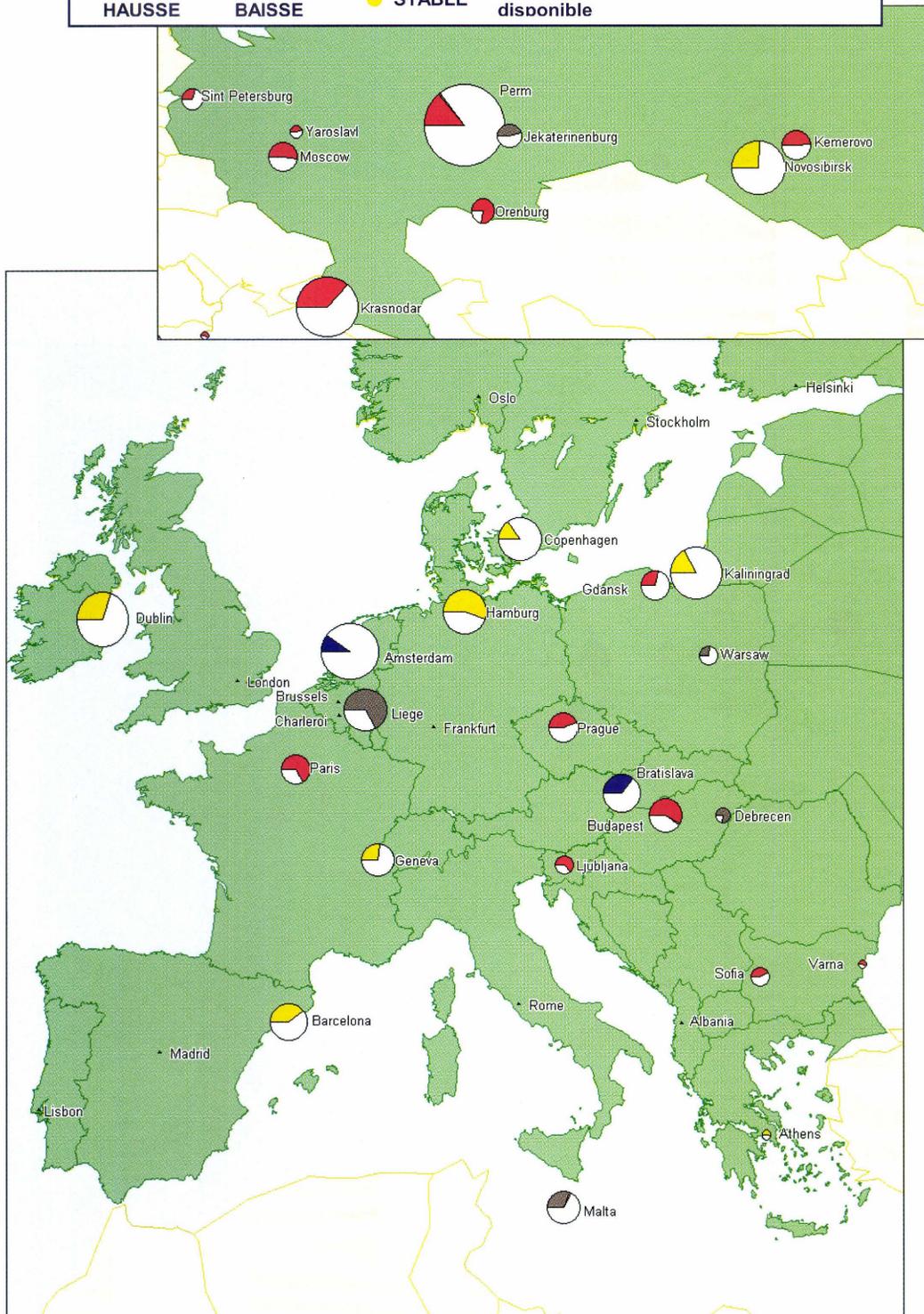
Pourcentages de personnes traitées pour la première fois sur l'ensemble des demandes de traitement

La taille des cercles est proportionnelle au **TAUX** de l'**ENSEMBLE** des **DEMANDES** de **TRAITEMENT** pour 100 000 habitants

La taille des secteurs de cercle est proportionnelle au % de **TRAITES** pour la **PREMIERE FOIS** sur l'**ENSEMBLE** des **DEMANDES** de **TRAITEMENT**

Les couleurs des secteurs de cercle indiquent la **TENDANCE** de la **PREMIERE DEMANDE** de **TRAITEMENT** :

- EN HAUSSE
- EN BAISSSE
- STABLE
- aucune tendance disponible

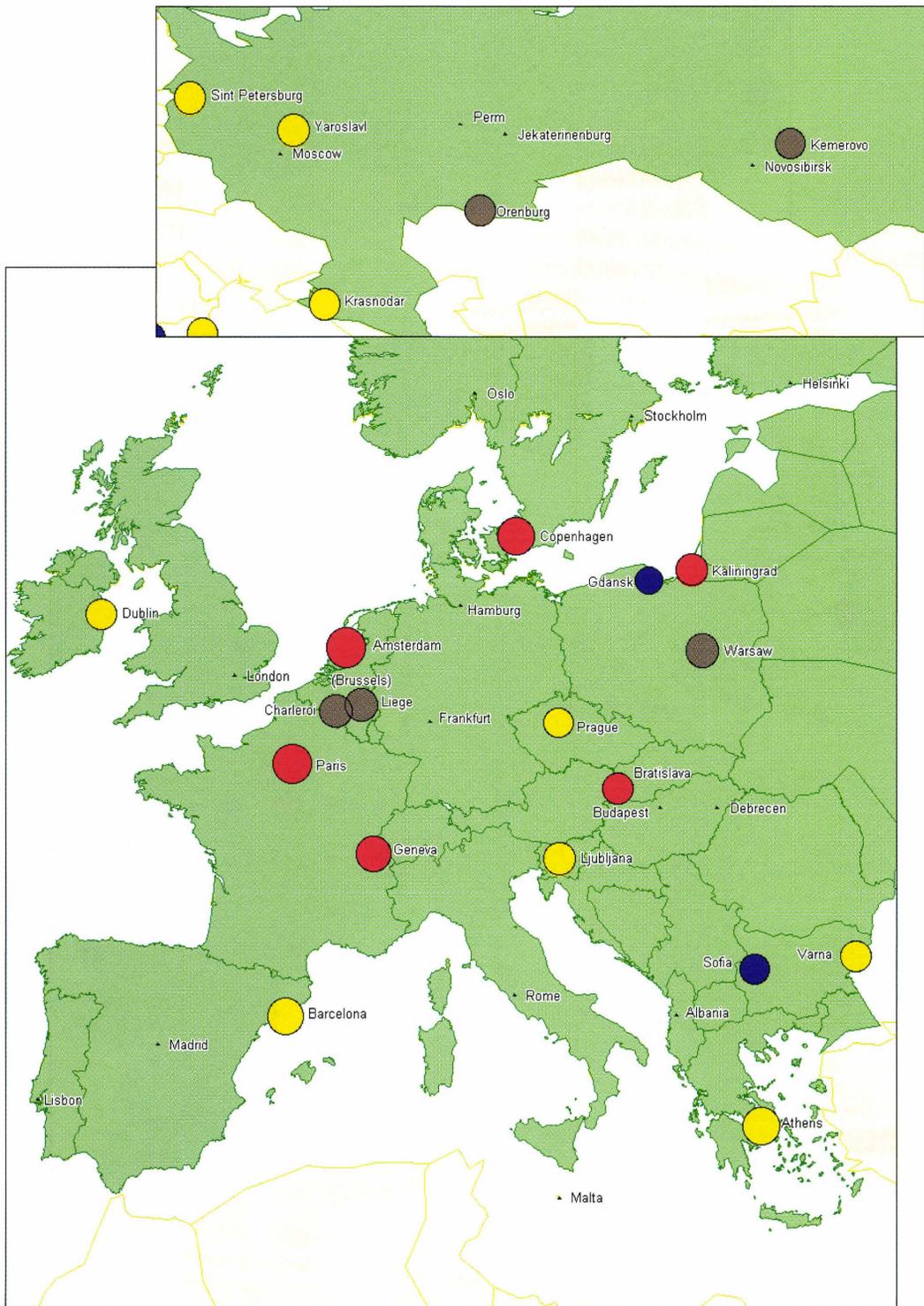


Age moyen pour la première demande de traitement

La taille des cercles est proportionnelle à l'AGE MOYEN pour la PREMIERE DEMANDE de TRAITEMENT

Les couleurs des cercles indiquent la TENDANCE de l'AGE MOYEN pour la PREMIERE DEMANDE de TRAITEMENT :

● EN HAUSSE ● EN BAISSSE ● STABLE ● aucune tendance disponible

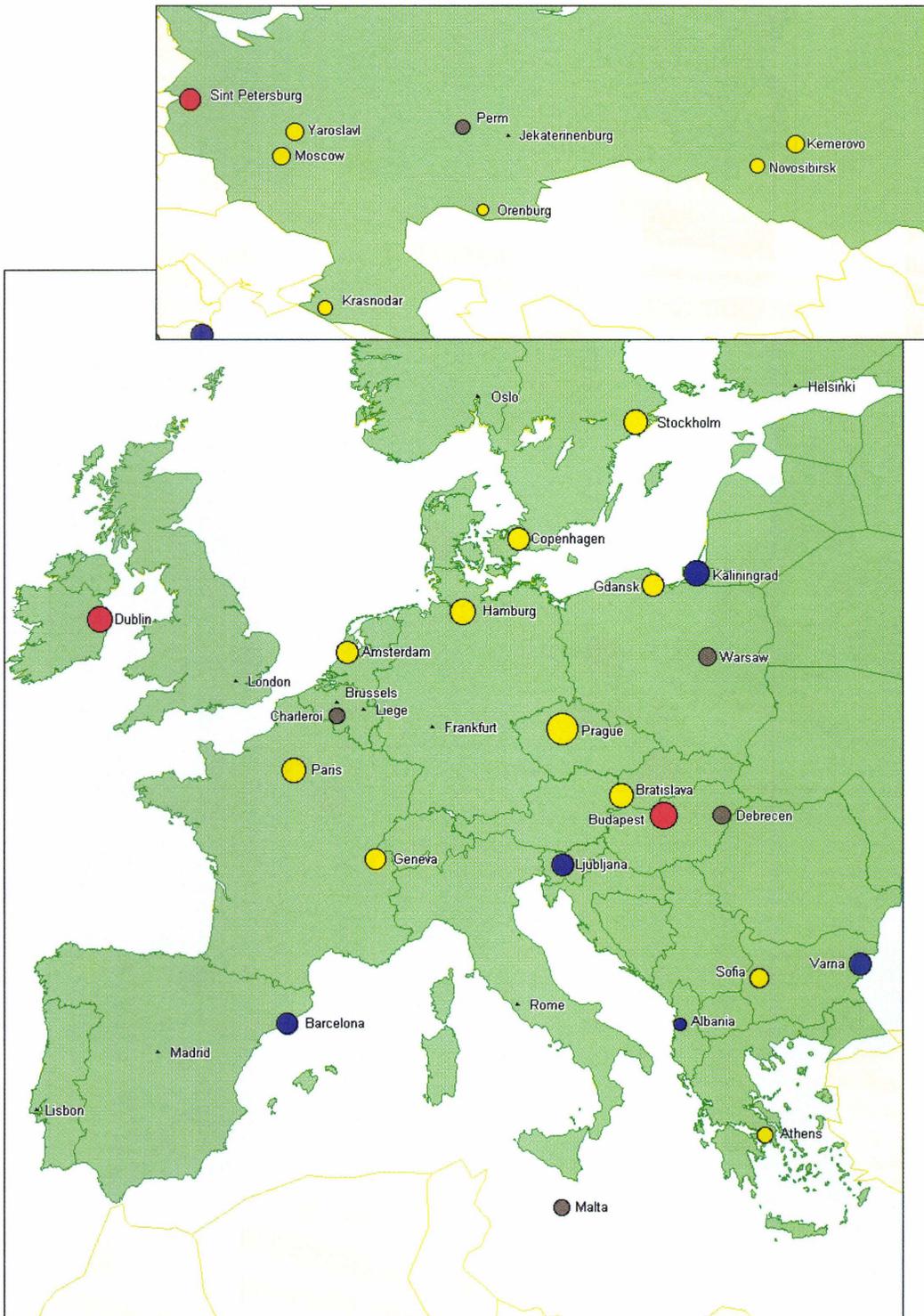


Pourcentages de femmes pour la Première Demande de Traitement

La taille des cercles est proportionnelle au % de **FEMMES** pour la **PREMIERE DEMANDE de TRAITEMENT**

Les couleurs des cercles indiquent la **TENDANCE** du % de **FEMMES** pour la **PREMIERE DEMANDE de TRAITEMENT**:

● **EN HAUSSE** ● **EN BAISSÉ** ● **STABLE** ● aucune tendance disponible



Santé

Décès liés à la drogue pour 100 000 habitants				tendance	Nbre de cas
Oslo	19,6	1997	6	▲	95
Copenhague	15,5	1997	7	▲	73
Kemerovo	14,9		4	▲	76
Dublin	14,8		4	▲	136
Lisbonne	11,5		7	●	212
Iekaterinbourg	10,7		1		141
Budapest	10,6	1997	3	▲	207
Stockholm	8,7	1996	6	▲	61
Orenbourg	8,4		5	▲	45
Genève	7,9	1996	6	●	31
Athènes	7,8		8	▲	239
Barcelone	7,7	1997	7	▼	122
Hambourg	7,5	1997	5	●	127
Perm	7,0		5	▲	24
Gdansk	6,1		8	▲	46
Madrid	5,9		2		170
Novossibirsk	5,5		4	▲	77
Charleroi	5,4		1		11
Krasnodar	4,6		5	▼	35
Bratislava	4,0		1		18
Amsterdam	3,5		8	▼	25
Moscou	3,3		3	▲	285
Ljubljana	3,1	1997	7	●	10
Kaliningrad	2,8		3	▼	12
Iaroslavl	2,7		4	▲	17
Helsinki	2,6		8	●	14
Malte	2,1	1999	3	●	8
St Pétersbourg	1,8		5	●	86
Paris	1,8		7	▼	38
Sofia	1,7	1997	3	▼	20
Varna	0,9	1997	4	●	3

% UDVI estimés parmi les usagers de drogues				tendance	Population de référence
Gdansk	96%		5	▲	<i>inconnue</i>
St Pétersbourg	93%		5	▲	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Hambourg	90%	1996	2		<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Kaliningrad	87%	1997	2		<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Krasnodar	85%		4	▲	<i>première demande de traitement</i>
Novossibirsk	83%		3	●	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Orenbourg	83%		5	▲	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Bratislava	78%		1		<i>inconnue</i>
Sofia	75%	1997	1		<i>inconnue</i>
Prague	70%	1997	1		<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Varna	68%	1997	4	▼	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Charleroi	56%		1		<i>inconnue</i>
Athènes	52%	1997	4	▼	<i>première demande de traitement</i>
Barcelone	41%	1997	7	▼	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Dublin	35%	1996	1		<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Genève	34%	1997	7	●	<i>première demande de traitement</i>
Albanie	34%	1997	3	●	<i>première demande de traitement</i>
Budapest	26%	1997	3	●	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Madrid	22%		2		<i>inconnue</i>
Amsterdam	21%		1		<i>inconnue</i>
Paris	18%		3	▼	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Copenhague	15%	1997	4	▼	<i>ensemble des demandes de traitement</i>
Malte	6%	1997	1		<i>première demande de traitement</i>

Incidence de l'hépatite B parmi les UDVI pour 100 000 habitants				Tendance	Nbre de cas
Perm	130.7	1997	3	▲	450
Kemerovo	38.6		3	●	197
Novossibirsk	23.4		4	●	327
Orenbourg	18.7		5	▲	100
St Pétersbourg	10.9		5	●	520
Iaroslavl	6.7		4	▲	42
Krasnodar	6.7		5	▲	51
Kaliningrad	6.4		3	▼	27
Oslo	5.8	1997	6	▲	28
Gdansk	4.1		8	▼	31
Stockholm	3.3	1996	6	●	23
Varna	1.6	1997	4	▲	5
Bratislava	1.3	1997	3	▲	6
Copenhague	1.1	1997	1		5
Prague	0.9	1997	2		11
Malte	0.5	1997	1		2
Genève	0.3	1997	7	●	1
Ljubljana	0.0	1996	6	●	0

3^e Etude multi-villes

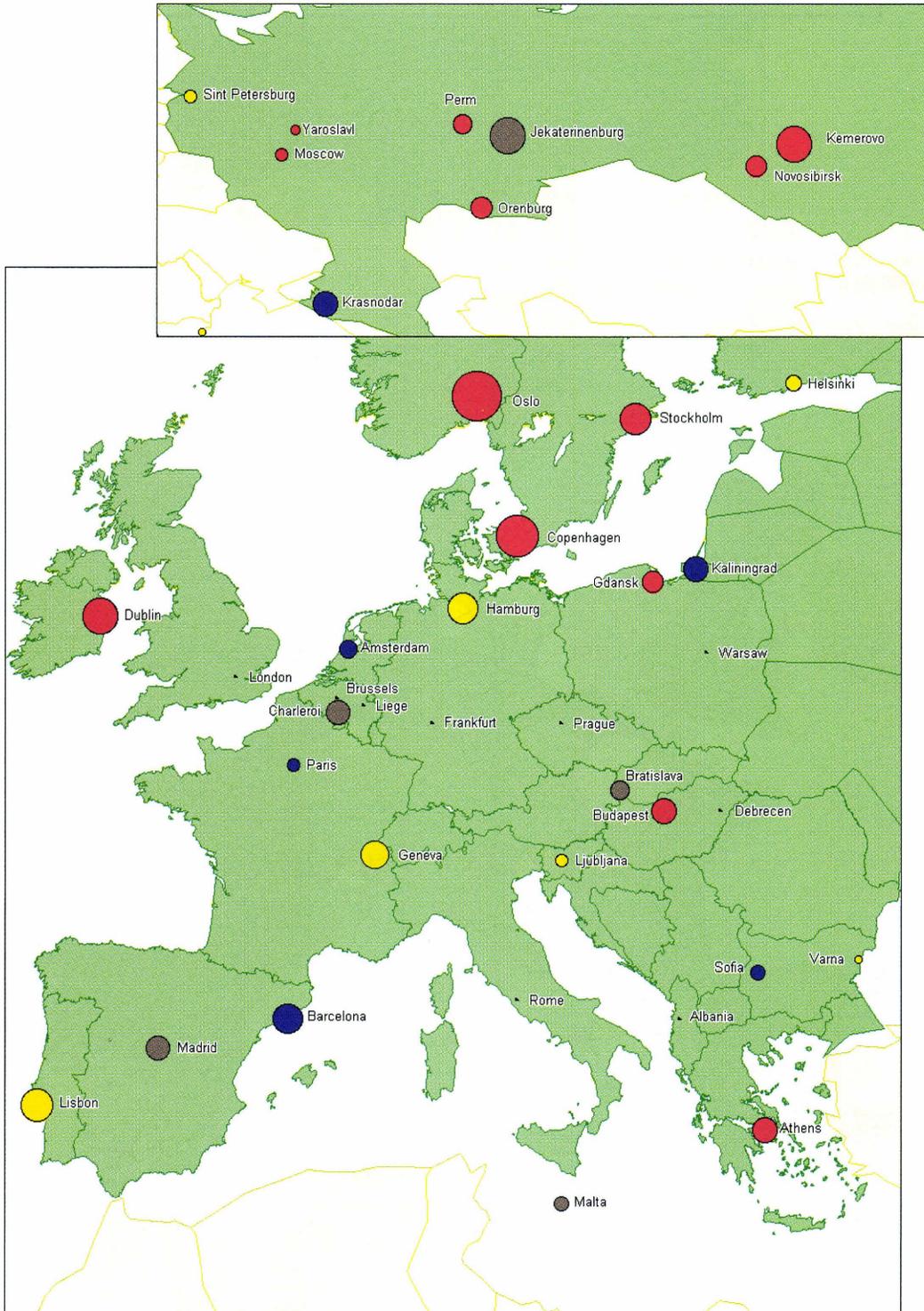
Incidence du sida parmi les UDVI pour 100 000 habitants				tendance	Nbre de cas
Lisbonne	12.4		6	▲	228
Barcelone	10.3	1997	7	●	162
Perm	6.1		2		21
Genève	5.6	1997	7	●	22
Krasnodar	4.0		5	▲	31
Paris	3.6	1997	7	●	77
Stockholm	2.7	1996	6	●	19
Amsterdam	1.4		8	●	10
Kemerovo	1.4		3	●	7
Gdansk	1.3		8	▲	10
Novossibirsk	1.3		3	▲	18
Copenhague	1.1	1997	7	●	5
Oslo	0.8	1997	6	●	4
Iaroslavl	0.8		2		5
Ljubljana	0.6	1997	7	▲	2
Varsovie	0.6	1996	6	●	9
Hambourg	0.5	1996	4	●	9
Kaliningrad	0.5		3	▲	2
Moscou	0.2		1		17
St Pétersbourg	0.1	1996	2		7
Athènes	0.1		2		3
Bratislava	0.0	1997	3	●	0
Malte	0.0	1997	1		0
Prague	0.0	1997	4	●	0
Varna	0.0	1997	4	●	0

Décès liés à la drogue

La taille est proportionnelle au **TAUX de DECES liés à la DROGUE** pour 100 000 habitants

Les couleurs des cercles indiquent les **TENDANCES des DECES liés à la DROGUE**

- EN BAISSE
- EN BAISSE
- STABLE
- pas de tendance disponible



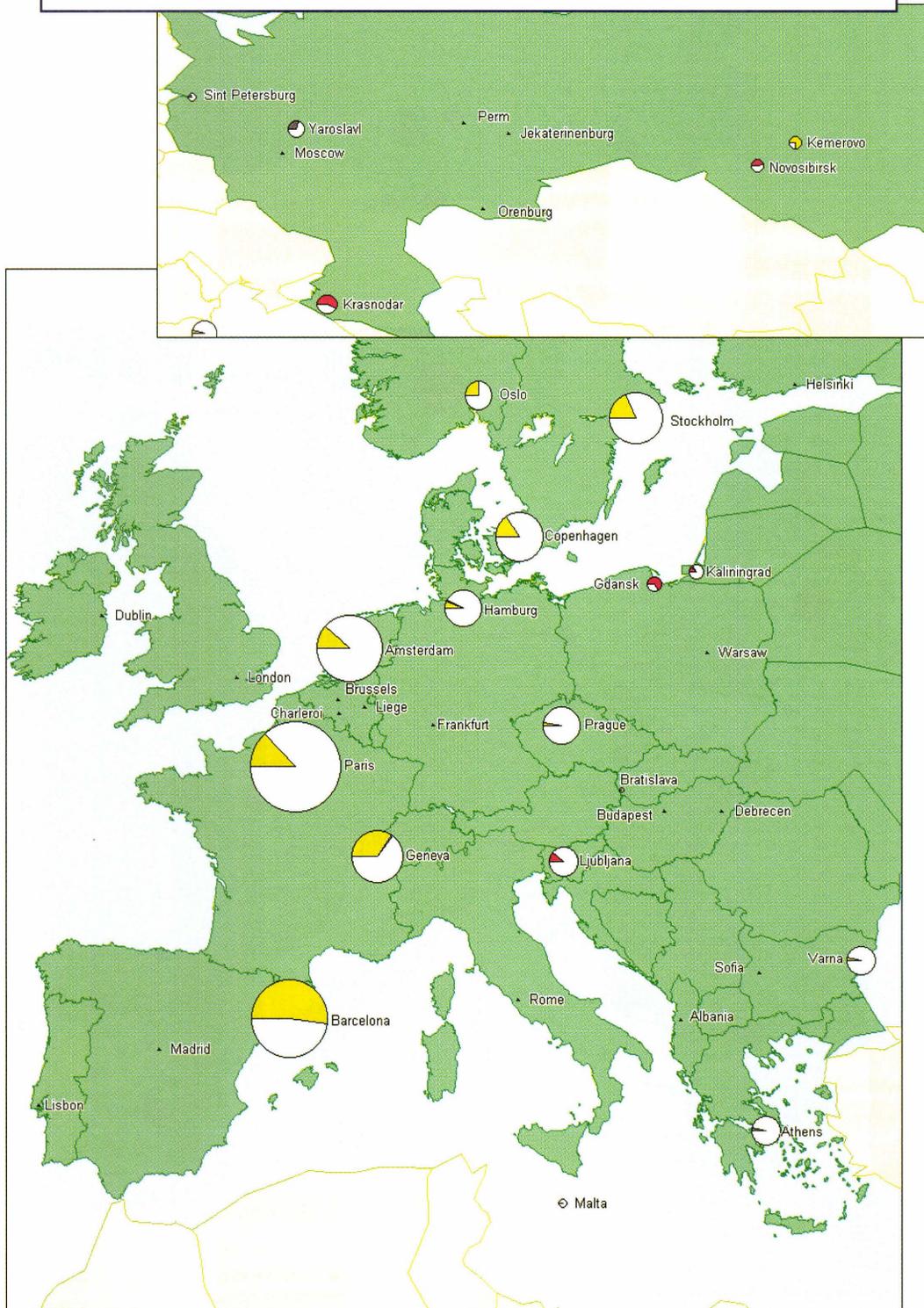
Incidence du sida liée à la drogue

La taille des cercles est proportionnelle au **TAUX de l'INCIDENCE GLOBALE** du SIDA pour 100 000 habitants

La taille des secteurs de cercle est proportionnelle au **% UDVI** parmi tous les cas d'**INCIDENCE** du SIDA

Les couleurs des cercles indiquent les **TENDANCES** de l'**INCIDENCE** du SIDA parmi les UDVI :

- **EN HAUSSE**
- **EN BAISSÉ**
- **STABLE**
- **pas de tendance disponible**



Infractions à la législation sur les drogues

Arrestations pour infraction à la législation sur les drogues pour 100 000 habitants				tendance	Arrestations pour usage de drogue	Arrestations liées au cannabis
					tendance	tendance
Copenhague	1247	1997	7	▼	▼	
Perm	883		1			
Hambourg	780	1997	5	▲	▲	▲
Bruxelles	653	1997	1			
Charleroi	583		1			
Iekaterinbourg	481		1			
Genève	464	1996	4	●	●	●
Amsterdam	391		8	●	▼	●
Helsinki	365		8	▲		▲
Liège	361	1996	4	▼		
Novossibirsk	351		4	▲	▲	
Dublin	321		7	●	●	
Varsovie	281	1996	5	▲		
Kaliningrad	263		3	●	▼	▲
Krasnodar	235		5	●	●	▲
Kemerovo	223	1997	3	▲		
Stockholm	192	1996	5	▲	▲	●
St Pétersbourg	184		5	▲	▲	▲
Paris	176		8	▼	▼	●
Athènes	149	1997	7	▲		
Orenbourg	147		4	▲		▲
Malte	122	1999	3	▲	▲	▲
Iaroslavl	118		5	▲	▲	
Lisbonne	114		8	●	●	
Bratislava	110	1997	4	▲	▲	
Moscou	95		4	▲	▲	▲
Gdansk	25		8	▲	▲	●
Prague	23	1997	6	▲		
Sofia	21		1			
Budapest	15	1997	7	▲		▲
Varna	7	1997	4	●	▼	

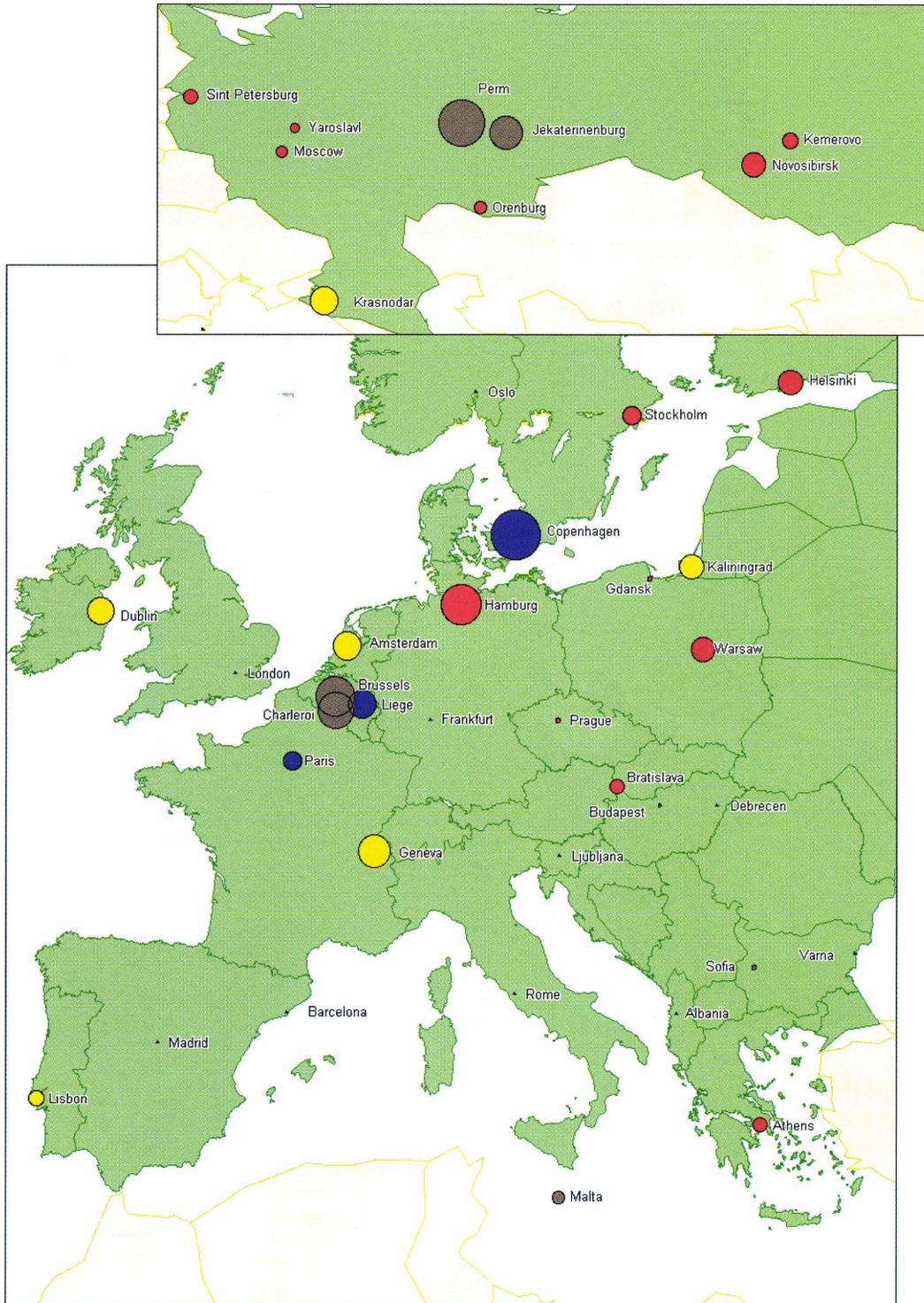
Condamnations pour infraction à la législation sur les drogues pour 100 000 habitants				tendance
Perm	557		4	▲
Oslo	431	1997	1	
Stockholm	247	1996	6	●
Novossibirsk	245		5	▲
Krasnodar	235		5	▲
Amsterdam	124	1996	6	●
Orenbourg	119		5	▲
Kaliningrad	119		3	▲
Iekaterinbourg	117		1	
St Pétersbourg	111		5	▲
Bratislava	111		6	▲
Kemerovo	108	1997	3	▲
Genève	100	1996	6	●
Moscou	89		1	
Hambourg	80	1996	5	▼
Paris	76		8	▼
Lisbonne	59		8	▲
Iaroslavl	47		2	
Gdansk	8		8	●
Prague	7	1997	6	▲
Sofia	6	1997	1	
Budapest	3		6	●
Varna	3	1997	4	▲
Varsovie	2	1997	7	▲

Ensemble des arrestations pour infraction à la législation sur les drogues

La taille des cercles est proportionnelle au **TAUX des ARRESTATIONS** pour **INFRACTION** à la **LEGISLATION sur les DROGUES** pour 100 000 habitants

Les couleurs des cercles indiquent les **TENDANCES des ARRESTATIONS** pour **INFRACTION** à la **LEGISLATION sur les DROGUES**

- EN HAUSSE
- EN BAISSÉ
- STABLE
- pas de tendance disponible



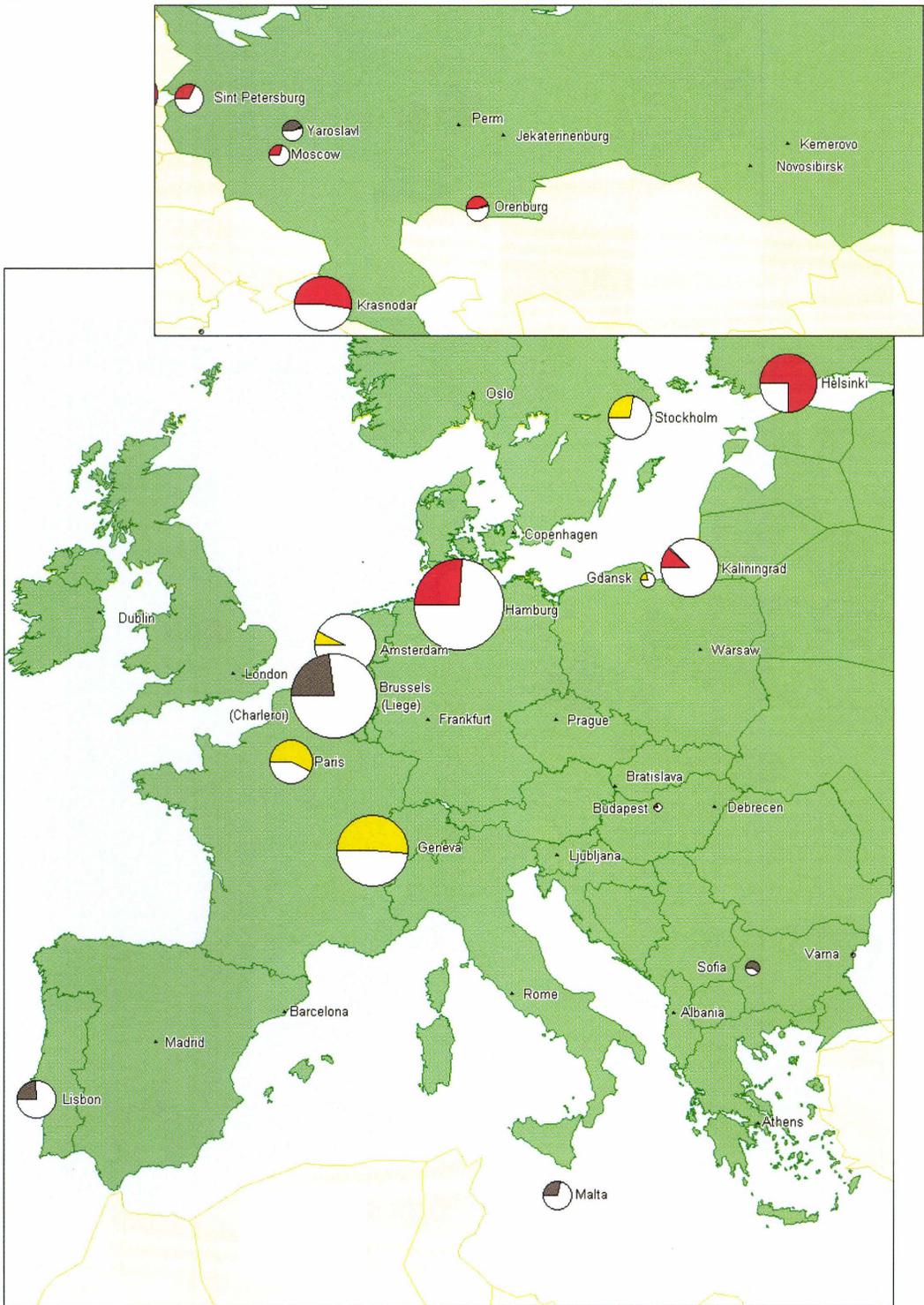
Arrestations pour infraction à la législation sur les drogues liées au cannabis

La taille des cercles est proportionnelle au **TAUX des ARRESTATIONS** pour INFRACTION à la **LEGISLATION** sur les **DROGUES** pour 100 000 habitants.

La taille des secteurs de cercle est proportionnelle au % d'**ARRESTATIONS** liées au **CANNABIS** sur l'**ENSEMBLE** des **ARRESTATIONS** pour INFRACTION à la **LEGISLATION** sur les **DROGUES**.

Les couleurs des cercles indiquent les **TENDANCES** des **ARRESTATIONS** liées au **CANNABIS**:

● **EN HAUSSE** ● **EN BAISS**E ● **STABLE** ● **pas de tendance disponible**



Marché de la drogue

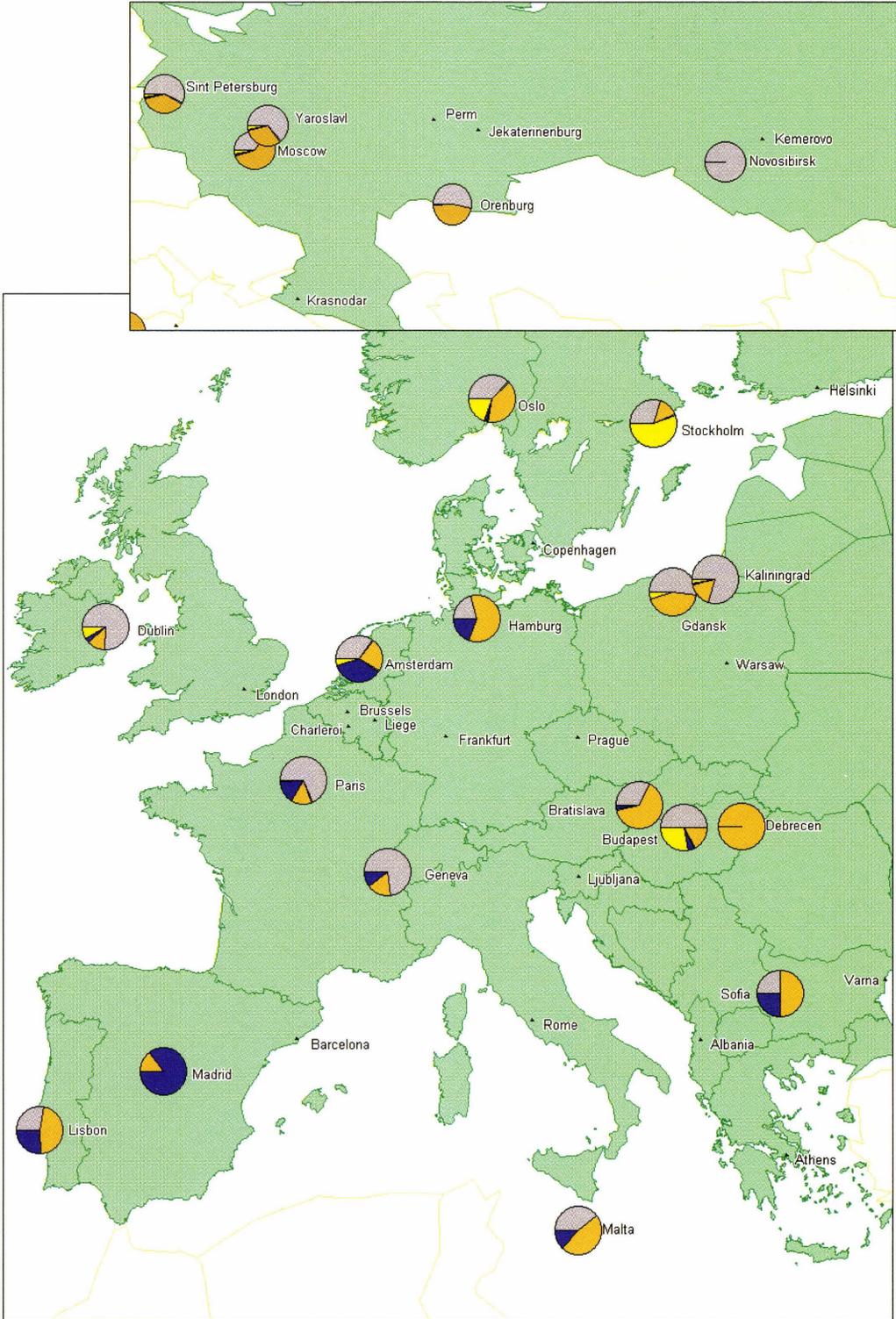
	Tendances du nombre de saisies de drogue				Tendances des quantités de saisies de drogue			
	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Amphét.	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Amphét.
Albanie		▲				●		
Amsterdam	▼	●	●	▼	●	●	●	●
Budapest	●	●	●	●				
Dublin	▲	▲	▲	▲	●	▲	●	●
Gdansk	▲	▲	●	▲	●		●	▲
Genève	●	●	▲	●				
Hambourg	▲	▲	▲					
Kaliningrad	●			▲				
Lisbonne	▲	▲	▲		▼	▲	▲	
Malte	●	▼	●	▼	●	●	▲	
Moscou	▲	▲	●	●	●	▲	●	●
Novossibirsk	●				▲			
Orenbourg	●				●			
Oslo	●	▲	▲	▲				
Paris	●	▼	●	●				
St Pétersbourg	▲	▲	●	●	●	▲	●	●
Stockholm	▼	▼	▼	●				
Iaroslavl	●	▲						

	Pureté de l'héroïne au niveau de la rue			tendance
Prague	70%	1997	1	
Madrid	50%		1	
Oslo	45%	1997	1	
Amsterdam	40%	1999	4	▼
Gdansk	38%		8	●
Dublin	36%		8	●
St Pétersbourg	35%		1	
Budapest	30%		4	▲
Bratislava	18%	1997	1	
Athènes	15%	1997	3	●

Tendances des prix de la drogue au niveau de la rue				
	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Amphét.
Amsterdam	▲	●	●	
Dublin	●	●	●	
Gdansk	●	▲	●	●
Kaliningrad	▲	▼	▼	
Kemerovo	▲	●		
Lisbonne	▲	▼	●	
Novossibirsk	▲	▲	▲	
Orenbourg	●			
Prague	▼	▼	●	▼
St Pétersbourg	▲	▲	▲	▲
Iaroslavl	▼	▼	▲	▼

Saisies de drogues par type de drogue

La taille des secteurs de cercle est proportionnelle au % de DROGUES dans l'ENSEMBLE des SAISIES:
● CANNABIS ● HÉROÏNE ● COCAÏNE ● AMPHÉTAMINES
Ensemble des saisies = 100% pour chaque ville



4.2

Tendances globales (Comparaisons est-ouest)

Présentation des données

Dans la section précédente, nous avons déjà constaté que les tendances des indicateurs diffèrent dans la plupart des villes d'Europe de l'Est de celles des villes d'Europe de l'Ouest. L'étude et l'explication de telles variations sont plus faciles lorsque l'on procède à une agrégation des données relatives aux différentes villes. Dans cette section, nous allons donc comparer les tendances concernant l'ensemble des villes d'Europe de l'Est et d'Europe de l'Ouest entre 1991 et 1998, mais une telle démarche pourrait également s'avérer judicieuse pour d'autres regroupements d'agglomérations.

La comparaison effectuée ici repose sur de simples **MOYENNES** des valeurs d'indicateurs à l'échelle des villes d'Europe de l'Est et de l'Ouest, lesquelles moyennes se présentent sous deux formes:

1. *un tableau récapitulatif des valeurs et tendances d'indicateurs moyennes récentes;*
2. *une série de graphiques montrant l'évolution des valeurs moyennes d'indicateurs.*

Le cas échéant, nous nous sommes servis de chiffres ramenés en **TAUX pour 100 000 habitants** afin de calculer les moyennes. Le tableau donne le dernier chiffre disponible. Comme précédemment, nous n'avons retenu comme chiffres «récents» que les données postérieures à 1996, les valeurs antérieures à cette date n'étant pas ici présentées. D'une manière générale, les moyennes concernent 1998; dans le cas contraire, l'année est donnée en italique à côté du chiffre.

Les valeurs moyennes d'indicateurs dans chacun des deux ensembles de villes ne sont calculées que dans les cas où nous disposons, pour une année ou pour une autre, de données d'indicateurs concernant au minimum 4 villes. Le tableau récapitulatif dresse la liste des villes à partir desquelles la moyenne a été calculée.

Les tendances portent sur l'évolution des chiffres moyens dans chacun des deux groupes de villes au cours de la période 1991-1998. Elles sont évaluées et qualifiées de la même façon qu'au sous-chapitre 4.1 ci-dessus. Aucune tendance n'a été calculée lorsque nous avons moins de 3 chiffres disponibles pour la période de référence, pour l'Europe de l'Est comme pour l'Europe de l'Ouest.

Résumé de l'évolution des tendances

Orientation de la tendance :

- ▲ EN HAUSSE
▼ EN BAISSSE
● STABLE

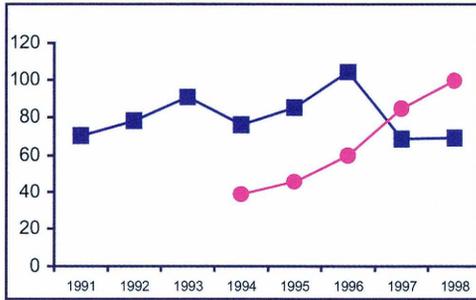
	EUROPE DE L'EST				EUROPE DE L'OUEST			
	valeur	année	Nbre moyen de villes	tendance	valeur	année	Nbre moyen de villes	tendance
TRAITEMENT								
Première demande de traitement	100		14	▲	69		7	●
Ensemble des demandes de traitement	339		14	▲	684		6	▲
Âge moyen (premier traitement) *	22,4		7	▼	27,9		5	▲
% moins de 25 ans (premier traitement) *	60,8%		10	●	47,5%		5	●
% femmes (premier traitement) *	20,7%		12	●	21,2%		5	●
Admissions en hôpital psychiatrique	94		9	▲				
Admissions en hôpital général	16		4	●				
Urgences non mortelles	99		11	▲	36		4	●
SANTÉ								
% prévalence estimée de UDVI *	86,4%		6	▲	29,2%		4	▼
Décès liés à la drogue	6		12	▲	6		9	●
Incidence de l'hépatite B parmi les UDVI	14		8	▲	2	1997	4	●
Incidence du sida parmi les UDVI	2		8	▲	3	1997	8	●
INFRACTIONS À LA LOI SUR LES DROGUES								
Arrestations pour infraction de trafic	74		9	▲	98		7	▲
Arrestations pour infraction d'usage de drogue	173		6	▲	172		6	●
Arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues	255		11	▲	296		7	●
Arrestations liées au cannabis	34		6	●	107		4	●
Condamnations pour infraction à la loi sur les drogues	147		12	▲	116	1996	6	●
MARCHÉ DE LA DROGUE								
Saisies de cannabis	36		9	●	125		5	●
Saisies d'héroïne	38		9	▲	37		5	●
Saisies de cocaïne	1		8	▲	15		5	●
Saisies d'amphétamines	6		8	▲	19		4	●
Ensemble des saisies de drogues	97		9	▲	204		5	●

NB.: Les valeurs moyennes des indicateurs sont des TAUX pour 100 000 habitants à l'exception de celles marquées par *.

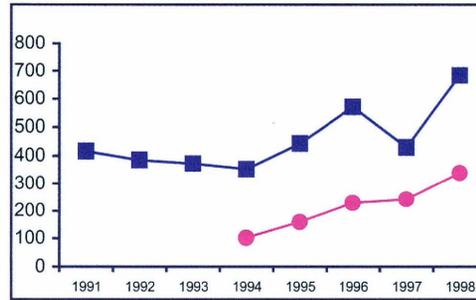
Traitement



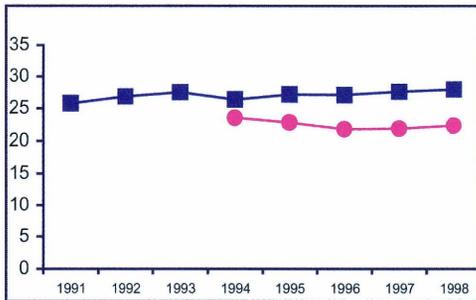
Première demande de traitement



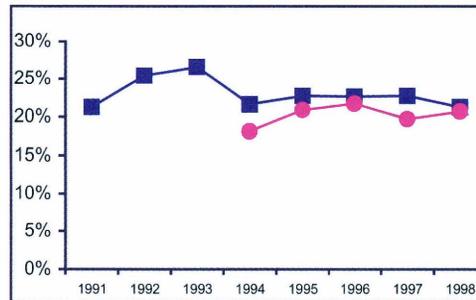
Toutes demandes de traitement



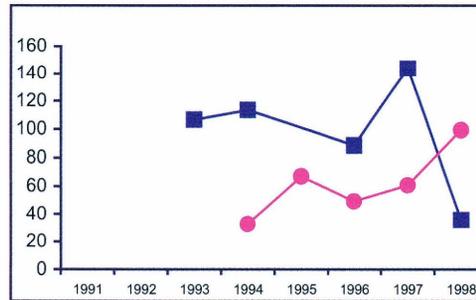
Âge moyen pour première demande de traitement



% de femmes en première demande de traitement



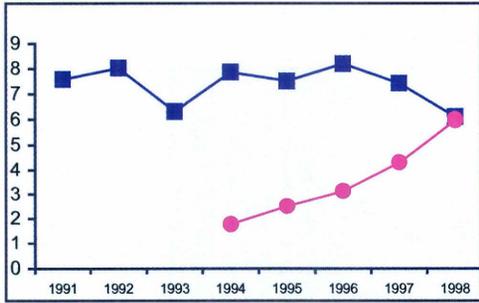
Urgences non-mortelles liées à la drogue



Santé



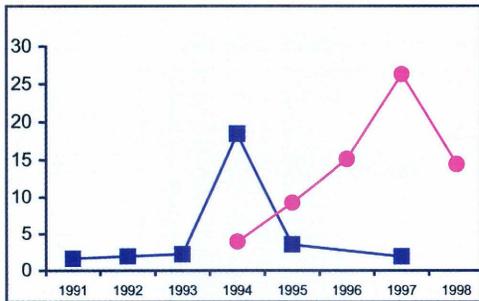
Nombre de décès liés à la drogue



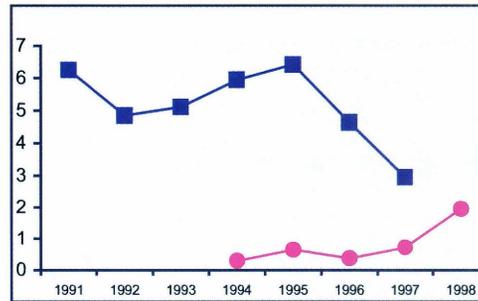
Estimation de la prévalence de UDVI



Incidence de l'hépatite B chez les UDVI



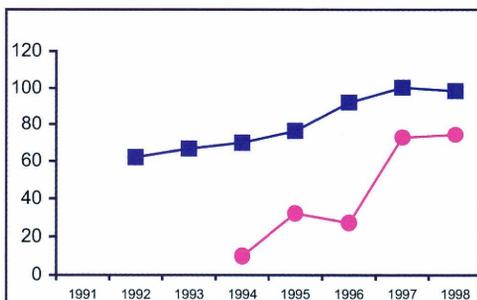
Incidence du Sida chez les UDVI



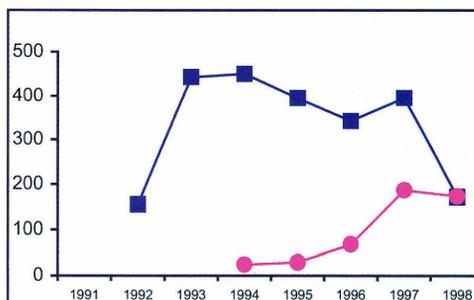
Infractions à la législation sur la drogue



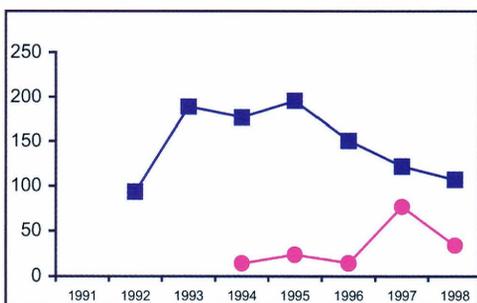
Arrestations pour délits liés au trafic



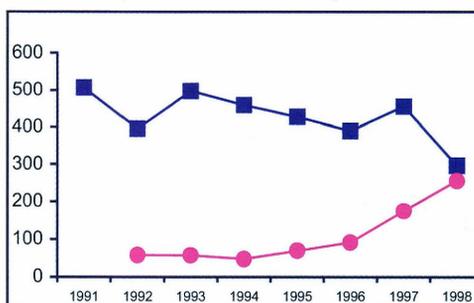
Arrestations pour délits liés à la consommation



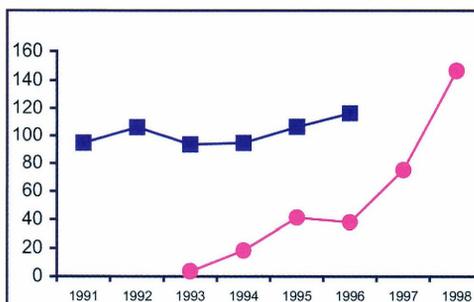
Arrestations liées au cannabis



Arrestations pour tous délits de drogue



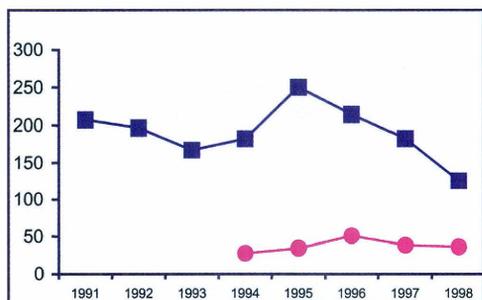
Condamnations pour tous délits de drogue



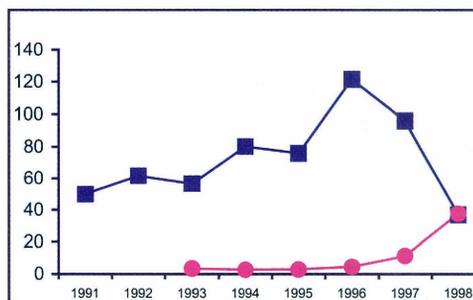
Marché de la drogue



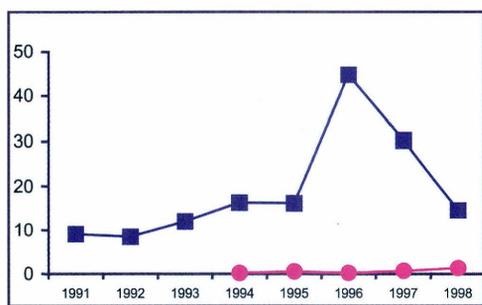
Saisies de cannabis



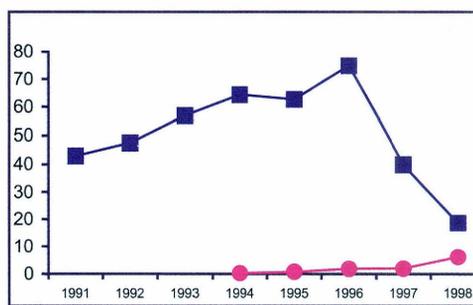
Saisies d'héroïne



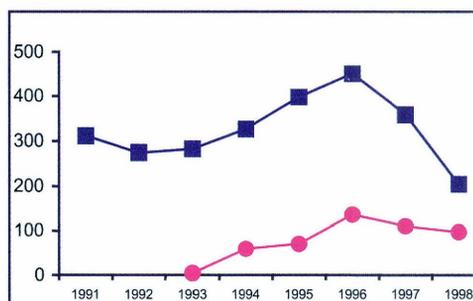
Saisies de cocaïne



Saisies d'amphétamines



Ensemble saisies de drogues



5

**Analyse
et interprétation**

5.1

Analyse (Corrélations entre indicateurs)

Méthodes d'analyse

Dans le cadre du réseau multi-villes, le processus de collecte de données a été jusqu'à présent utilisé uniquement à des fins descriptives. Telle est la tendance suivie dans les chapitres 3 et 4 du présent rapport. La description des données et des tendances révèle non seulement d'importantes variations entre les différentes villes européennes, mais aussi, dans bien des cas, une évolution parallèle des tendances relatives aux différents indicateurs.

Les rapports précédents du Groupe d'experts en épidémiologie se sont essentiellement limités à interpréter les tendances et à comparer les chiffres présentés par les différentes villes. D'un point de vue scientifique, cependant, une telle démarche n'est guère satisfaisante et, compte tenu du nombre croissant de villes participant au réseau, elle devient de plus en plus difficile, voire impossible à respecter. Par conséquent, dans le cadre de cette 3^e Etude multi-villes, nous avons donc tenté d'entreprendre une analyse statistique des profils européens en matière de drogue, les données recueillies nous fournissant un échantillon de villes pratique pour évaluer les éventuelles corrélations entre indicateurs et classer les villes en fonction des similitudes observées dans l'évolution des tendances d'indicateurs.

Cette analyse part de la base de données obtenue à la suite de la collecte de 1997. En conséquence, nous n'avons pas inclus les chiffres plus récents de 1998, pas plus que les rectificatifs et ajouts relatifs aux données antérieures fournis par certaines villes avec leurs données de 1998. Par ailleurs, notre étude a été réalisée sur des chiffres en valeur absolue concernant les indicateurs, et non sur des chiffres ramenés en taux par nombre d'habitants.

Cette analyse a essentiellement pour but de fournir un exemple de modèle pour l'étude des schémas, en montrant les possibilités d'analyse de la base de données multi-villes. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas répété l'exercice sur la base de données actualisée.

La base de données 1991-1997 comprend 146 variables et porte sur 34 villes. Toutefois, la majorité de ces variables n'ont pas pu être prises en compte pour l'analyse statistique du fait du grand nombre de valeurs manquantes. En outre, huit villes ont dû être exclues de l'analyse en raison d'un nombre trop important de valeurs manquantes les concernant. Aux fins de l'analyse statistique, nous avons pu sélectionner 32 variables concernant 26 villes (12 en Europe de l'Ouest et 14 en Europe de l'Est) sur sept années (1991-1997); en d'autres termes, nous obtenons pour chaque variable, au maximum $26 \times 7 = 182$ cas. Aucune variable ne fournit cependant plus de 75% de cas valables et 10 variables seulement donnent plus de 50% de cas valables.

Afin d'améliorer encore les possibilités d'analyse, quelque 200 valeurs manquantes dans les séries chronologiques des variables ont été imputées par des valeurs calculées lorsque nous avons des données pour au moins cinq ans et que celles-ci montraient une nette tendance à la hausse ou à la baisse. Dans ce cas, les valeurs manquantes ont été remplacées par la moyenne des données connues relatives à l'année précédente et à l'année suivante ou par la moyenne des données connues pour les deux années précédentes ou suivantes. Cette méthode a permis une augmentation du nombre de cas valables dans une proportion allant jusqu'à 43%. Mais malgré cet exercice de remplacement des valeurs manquantes, la base de données rappelle encore une sorte de «gruyère» ou a l'image négative d'un «gruyère», selon le degré d'optimisme de l'observateur.

Il n'en reste pas moins que les variables restantes sont bien distribuées entre les domaines principaux des données d'indicateurs du réseau multi-villes. Bien que nous ne soyons pas en mesure de faire figurer le domaine important de la prévalence de la drogue, les données disponibles devraient donner un aperçu relativement satisfaisant de la situation en matière de drogue dans les villes du réseau.

Les corrélations entre indicateurs

Nous avons étudié les relations entre les différents indicateurs en calculant des corrélations à partir du **coefficient de Pearson r**. Cette technique statistique n'est peut-être pas la plus performante mais elle est couramment utilisée aux fins d'une première évaluation des corrélations entre les données. Par ailleurs, la qualité de la base de données multi-villes ne justifie pas, à l'heure actuelle, de niveaux d'analyse plus poussés.

Les indicateurs ont été regroupés en plusieurs catégories: traitement (avec notamment les caractéristiques de la population soignée), santé, infractions à la législation sur les drogues et marché de la drogue. Le coefficient de Pearson a été calculé à l'intérieur des groupes d'indicateurs (corrélations intragroupes) et entre les groupes (corrélations intergroupes). Les matrices de corrélation du coefficient de Pearson sont couramment utilisées pour formuler des hypothèses sur la nature des relations entre les données. Dans la mesure où nous souhaiterions que notre exercice serve d'exemple à d'autres chercheurs et les encourage à poursuivre des analyses plus approfondies, nous avons intentionnellement fait figurer dans le présent rapport les résultats de notre analyse de corrélation. Les chiffres présentés ici ne concernent que les variables pour lesquelles nous avons constaté au moins une corrélation significative avec une autre variable.

Notre étude a également été menée séparément pour les villes d'Europe de l'Est et les villes d'Europe de l'Ouest, et montre que plusieurs corrélations n'existent qu'au sein de l'une ou l'autre région. Dans la présentation des résultats, nous ne donnons qu'un aperçu des différences les plus manifestes constatées lors de l'étude des corrélations.

La classification des villes

Les écarts constatés entre l'Est et l'Ouest de l'Europe en ce qui concerne les valeurs moyennes des indicateurs, l'évolution des tendances et l'étrécissement des corrélations entre indicateurs donnent à penser que la dimension régionale est peut-être un élément d'explication important des différences locales en matière d'usage de drogues.

Compte tenu de la documentation disponible sur ce sujet, nous pensons également que la taille de l'agglomération pourrait, elle aussi, constituer un facteur de discrimination important. Nous avons donc choisi d'ajouter cette composante à l'étude de notre base de données multi-villes, en procédant à une distinction arbitraire entre un groupe de 14 villes de plus d'un million d'habitants et un groupe de 12 autres villes de moins d'un million d'habitants.

Sur les deux catégories ainsi constituées (Est-Ouest et + ou - 1 million d'habitants), nous avons procédé à une analyse de variance et à une analyse de classification multiple, et ce pour l'ensemble de la période 1991-1997 et pour les deux années 1996 et 1997, afin de vérifier la stabilité des différences constatées. Les résultats de l'étude sont présentés sous forme de tableau. Les valeurs **Eta²** de l'analyse de classification multiple indiquent le pourcentage de variance de l'indicateur dû au facteur «Est-Ouest» ou au facteur «taille de la ville».

S'agissant de l'orientation des écarts constatés pour chaque variable dans le cadre de la comparaison Est-Ouest, nous renvoyons le lecteur aux tableaux de la section 4.2. Il faut noter toutefois que ces tableaux concernent des données de 1998 n'ayant pas été incluses dans les analyses et donnent, dans la plupart des cas, des moyennes de variables ramenées en taux pour 100 000 habitants, alors que les analyses ont été effectuées sur les indicateurs en valeurs absolues. En ce qui concerne l'orientation des écarts constatés dans le cadre de la comparaison «villes de plus ou moins d'un million d'habitants», aucune information n'est fournie à ce sujet dans le présent rapport.

Corrélations à l'intérieur des catégories d'indicateurs

Traitement

On constate une corrélation positive entre l'ensemble des demandes de traitement et les premières demandes de traitement. En effet, le nombre total de personnes en traitement augmente lorsque le nombre de personnes entamant un traitement augmente. Cette relation peut, à première vue, n'avoir rien d'étonnant, mais elle suppose également que le nombre des entrées en traitement est supérieur à celui des sorties de traitement. On constate une corrélation positive entre, d'une part, les demandes de traitement (ensemble des demandes et premières demandes) et, d'autre part, le nombre d'héroïnomanes en cure, ce qui reflète l'orientation principale de la plupart des centres de soins.

La corrélation constatée entre le nombre des admissions en hôpital psychiatrique et celui des demandes de traitement est peut-être partiellement attribuable à un recoupement des données dû au fait que les hôpitaux psychiatriques comportent des services de prise en charge de la toxicomanie.

Santé

Comme on aurait pu s'y attendre, on constate une corrélation positive entre, d'une part, l'incidence de l'hépatite B et le nombre de décès liés à la drogue et, d'autre part, la consommation par voie injectable (UDVI), ce mode d'administration constituant un facteur de risque important pour la santé. L'absence de corrélation constatée entre UDVI et incidence du sida liée à la drogue pourrait être due à l'apparition relativement récente, dans la plupart des villes étudiées, de la consommation de drogues par voie injectable par rapport au faible taux de séroconversion VIH-sida. A l'heure actuelle, nous n'avons pas d'information sur l'incidence du VIH étant donné que le réseau multi-villes ne recueille ce type de données que depuis 1997.

Infractions à la législation sur les drogues

Il n'est sans doute pas surprenant de constater l'existence d'une corrélation entre arrestations et condamnations. Ces deux chiffres donnent l'impression de mesurer l'application de la loi de manière à peu près similaire. Bien que cette constatation ne figure pas dans les matrices de corrélation ci-dessous, nous avons également remarqué un lien entre l'évolu-

tion du nombre de condamnations pour infractions à la législation sur les drogues et le nombre total de condamnations, tous délits confondus. On peut donc en déduire que la charge de travail des tribunaux est étroitement liée au nombre d'infractions à la législation sur les drogues.

Indicateurs de marché

On constate une corrélation entre la progression des saisies d'une drogue et celles du volume des saisies d'une autre drogue. Ce lien pourrait indiquer que, dans la plupart des villes, les différents marchés ne sont pas cloisonnés, c'est-à-dire que les trafiquants exercent leur activité pour toutes les drogues, mais il pourrait tout aussi bien indiquer que les responsables de l'application de la loi ne font pas de distinction entre les différents produits.

Corrélations entre les catégories d'indicateurs

Traitement et santé

On constate l'existence d'étroites corrélations entre les indicateurs de traitement et les indicateurs de santé liés aux (conséquences des) comportements à risque. Cette constatation peut paraître évidente étant donné le choix des indicateurs de santé et l'accent mis par les structures sanitaires sur la consommation d'héroïne par voie injectable. En outre, étant donné que la plupart des données relatives aux indicateurs de santé sont issues des centres de soins eux-mêmes (par exemple, les chiffres sur l'incidence de l'hépatite B et du sida concernent des usagers en cours de traitement), les indicateurs sont peut-être interdépendants. On constate également plusieurs corrélations négatives entre indicateurs de traitement et indicateurs de santé. L'interprétation de ces liens pourrait nécessiter des données plus détaillées sur les profils de l'usage de drogues et autres caractéristiques de la population soignée.

Traitement et infractions à la législation sur les drogues

Les tendances relatives à l'évolution du nombre d'arrestations pour trafic et de condamnations pour infraction à la législation sur les drogues sont parallèles à celles qui concernent le nombre d'usagers en traitement pour la première fois. Les indicateurs de traitement comme ceux qui concernent le nombre d'infractions à la législation sur les drogues semblent tous deux mesurer indépendamment l'ampleur du problème. Il peut également exister une certaine interdépendance, par exemple si les usagers d'héroïne constituent un groupe cible particulier des forces de l'ordre et si les toxicomanes interpellés optent pour une cure afin d'éviter la prison. Cette corrélation donne alors à penser que les personnes interpellées par la police sont des clients potentiels pour les centres de soins.

Traitement et marché de la drogue

On constate l'existence d'une corrélation entre les saisies d'héroïne et de cocaïne et les indicateurs de traitement. En tant qu'indicateur de marché, le nombre de saisies peut être l'indication soit d'un marché en progression, soit d'une pénurie (temporaire) de substances sur le marché. Dans les deux cas, le marché a une incidence sur la demande de traitement.

Santé, infractions à la législation sur les drogues et marché de la drogue

Les corrélations constatées entre indicateurs relatifs à la santé, aux infractions à la législation sur les drogues et au marché de la drogue témoignent de l'incidence du lien entre application de la loi et l'état de santé des usagers de drogues. Nous avons pu confirmer l'existence d'une relation entre les décès liés à la drogue et le nombre des saisies, relation qui a déjà été étudiée dans le réseau multi-villes par Lenke et Olsson.

Infractions à la législation sur les drogues et marché de la drogue

Enfin, les indicateurs d'infractions à la législation sur les drogues sont étroitement liés aux indicateurs du marché de la drogue, ce qui peut sembler normal étant donné que, par nature, la plupart des infractions à la législation sur les drogues se traduisent par une saisie de substances, sous une forme ou sous une autre.

Nos constatations donnent à penser que tous les groupes d'indicateurs retenus ont pour effet de mesurer l'ampleur du problème de la drogue et, notamment, de la consommation d'héroïne et de l'usage de drogues par voie injectable. Toutefois, comme nous l'avons déjà souligné, on ne saurait écarter l'existence d'une interdépendance entre indicateurs et catégories d'indicateurs.

Corrélations intragroupe

0.61 corrélation positive significative
-0.25 corrélation négative significative

TRAITEMENT	premier traitem.	ensemble traitem.	âge moyen (PDT)	% femmes (PDT)	% < 25 ans (PDT)	% usagers cannabis (PDT)	Usagers héroïne (PDT)	% usagers héroïne (PDT)	admiss. hôpital psych.	admiss. hôpital général	urgences non mortelles
première demande traitement (PDT)											
ensemble demandes de traitement (EDT)	0,61										
âge moyen (premier traitement)											
% femmes (premier traitement)		-0,25									
% < 25 ans (premier traitement)			-0,59								
% usagers de cannabis (premier traitement)	-0,33	-0,34			-0,37						
Usagers d'héroïne (premier traitement)	0,71	0,58				-0,39					
% usagers d'héroïne (premier traitement)		-0,40		0,27							
admissions en hôpital psychiatrique	0,87	0,80	0,30					-0,42			
admissions en hôpital général	0,44	0,46					0,92				
urgences non mortelles	0,45	0,29			-0,35	-0,39	0,85		0,66	0,48	

SANTÉ	hépatite B (UDVI)	sida (UDVI)	décès liés à la drogue	% UDVI (PDT)	% UDVI (EDT)
incidence hépatite B parmi les UDVI					
incidence sida parmi les UDVI					
décès liés à la drogue		0,37			
% UDVI (premier traitement)	0,64				
% UDVI (ensemble traitements)	0,67		0,43	0,85	

INFRACTIONS A LA LOI SUR LES DROGUES (ILD)	arrest. trafic	ensemble arrestations ILD	ensemble condamn.	peines de prison
arrestations pour infraction de trafic				
arrestations pour toute infraction ILD	0,76			
condamnations pour ILD	0,30	0,87		
peines de prison pour ILD			0,48	

MARCHÉ	saisies cannabis	saisies héroïne	saisies cocaïne	saisies amphét.
saisies cannabis				
saisies héroïne	0,42			
saisies cocaïne	0,88	0,44		
saisies amphétamines	0,68	0,30	0,55	

CORRÉLATIONS INTERGROUPE

TRAITEMENT / SANTÉ	hépatite B UDVI	sida UDVI	décès liés à la drogue	% UDVI (PDT)	% UDVI (EDT)
première demande traitement (PDT)	0,40		0,56	0,52	0,37
ensemble demandes traitement (EDT)	0,51	0,22	0,34	0,52	0,39
âge moyen (premier traitement)				-0,42	
% femmes (premier traitement)		-0,30			
% < 25 ans (premier traitement)			-0,34	0,51	0,42
% usagers cannabis (premier traitement)	-0,58	-0,41		-0,36	
Usagers d'héroïne (premier traitement)		0,60	0,61		
% usagers d'héroïne (premier traitement)	-0,74	-0,46		-0,30	-0,31
admissions en hôpital psychiatrique	0,66		0,63	0,75	0,69
admissions en hôpital général			0,26		
urgences non mortelles	0,35	0,50	0,87		

Corrélations intergroupe

TRAITEMENT / INFRACTION À LA LOI SUR LES DROGUES	arrest. trafic	ensemble arrest. ILD	ensemble condamn. ILD	peines de prison
première demande traitement (PDT)	0,59	0,44	0,36	
ensemble demandes traitement (EDT)	0,47			
âge moyen (premier traitement)			0,41	0,47
% femmes (premier traitement)	0,38			
% < 25 ans (premier traitement)		-0,43	-0,33	
% usagers cannabis (premier traitement)				
Usagers d'héroïne (premier traitement)	0,62			0,69
% usagers d'héroïne (premier traitement)			-0,34	
admissions en hôpital psychiatrique			0,59	
admissions en hôpital général	0,55		0,28	0,43
urgences non mortelles	0,53	0,41		

TRAITEMENT / MARCHÉ DE LA DROGUE	saisies cannabis	saisies héroïne	saisies cocaïne	saisies amphét.
première demande traitement (PDT)		0,50		
ensemble demandes traitement (EDT)				
âge moyen (premier traitement)			0,55	
% femmes (premier traitement)		0,34		
% < 25 ans (premier traitement)		-0,47		-0,57
% usagers de cannabis (premier traitement)		0,82	0,94	
Usagers d'héroïne (premier traitement)		0,68	0,81	
% héroïne usagers (premier traitement)		0,45		
admissions en hôpital psychiatrique	0,42			0,90
admissions en hôpital général		0,59	0,57	
urgences non mortelles				

SANTÉ / INFRACTION À LA LOI SUR LES DROGUES	arrestations trafic	ensemble arrest. ILD	ensemble condamn.	peines de prison
incidence hépatite B parmi les UDVI			0,43	-0,44
incidence du sida parmi les UDVI				
décès liés à la drogue	0,69	0,68	0,41	0,39
% UDVI (premier traitement)	0,57	0,46	0,52	
% UDVI (ensemble traitements)	0,60		0,42	

SANTÉ / MARCHÉ DE LA DROGUE	saisies cannabis	saisies héroïne	saisies cocaïne	saisies amphét.
incidence hépatite B parmi les UDVI		-0,38		
incidence du sida parmi les UDVI				
décès liés à la drogue	0,49	0,50	0,25	
% UDVI (premier traitement)				
% UDVI (ensemble traitements)				

INFRACTIONS À LA LOI SUR LES DROGUES / MARCHÉ DE LA DROGUE	saisies cannabis	saisies héroïne	saisies cocaïne	saisies amphét.
arrestations pour infraction de trafic	0,55	0,45	0,40	
arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues (ILD)	0,95	0,65	0,79	0,47
condamnations pour ILD	0,96	0,58	0,80	0,93
peines de prison pour ILD	0,98	0,43	0,87	0,99
condamnations en rapport avec la drogue	0,92	0,47	0,78	0,76
peines de prison pour ILD	0,36	0,50	0,34	

Les différences est-ouest

Les corrélations entre les indicateurs ont été analysées séparément pour les villes d'Europe de l'Est et celles d'Europe de l'Ouest. Bien que l'on retrouve la plupart des mêmes corrélations à l'Ouest et à l'Est, on constate plusieurs corrélations qui ne concernent que l'une ou l'autre région, de même que l'on observe souvent de nettes différences dans l'importance des liens relevés. Nous présentons les résultats sous la forme d'une liste des corrélations entre indicateurs constatées uniquement en Europe de l'Ouest ou de l'Est ou de sens différent dans les deux régions du continent, qui ne fait état que des corrélations significatives dont la valeur $r > 0,70$.

La distinction Est-Ouest a été utilisée aussi dans le cadre d'une analyse de classification multiple. Les résultats font l'objet d'un tableau de valeurs **Eta**² pour chaque indicateur sur l'ensemble de la période 1991-1997. Toute valeur significative **Eta**² $> 0,10$ implique que la dimension Est-Ouest contribue à expliquer la variance de l'indicateur. Des valeurs **Eta**² significatives pour les années 1996 et 1997 sont synonymes de cohérence.

Le tableau présente les effets d'interactions entre la dimension Est-Ouest et le facteur «taille de l'agglomération».

L'Europe de l'Est

Contrairement à ce qui se passe en Europe de l'Ouest, à l'Est il n'y a pas de corrélation entre la progression du nombre de personnes en traitement et celle du pourcentage d'héroïnomanes en traitement pour la première fois. Cette situation pourrait être due au fait que l'Europe de l'Est n'a que récemment délaissé les opiacés de fabrication plus ou moins artisanale au profit de l'héroïne. Dans les villes de l'Est, on constate une étroite corrélation entre indicateurs de traitement d'une part, et les indicateurs relatifs aux infractions à la législation sur les drogues et ceux relatifs au marché de la drogue, de l'autre. On ne retrouve pas à l'Est le lien étroit constaté à l'Ouest entre, d'une part, la proportion d'héroïnomanes et celle d'UDVI en traitement pour la première fois et, d'autre part, les indicateurs relatifs à l'application de la loi et au marché de la drogue.

Les principales variations expliquées par le facteur «Est-Ouest» concernent la proportion de jeunes en traitement pour la première fois, les urgences non mortelles, les décès liés à la drogue et les peines de prison pour infraction à la législation sur les drogues.

L'Europe de l'Ouest

L'étroite corrélation en Europe de l'Ouest entre l'ensemble des demandes de traitement et la proportion d'héroïnomanes traités pour la première fois traduit le fait que les structures de soins visent les héroïnomanes ou l'introduction de programmes de substitution à long terme. Contrairement à l'Europe de l'Est, on relève d'étroites corrélations directes entre consommation d'héroïne, injection et morbidité, d'une part, et le nombre d'arrestations et de saisies, d'autre part.

Dans les villes d'Europe de l'Ouest, on observe une corrélation inverse entre l'augmentation de l'âge moyen des patients au moment de leur première cure et le nombre des urgences non mortelles. On pourrait en déduire que les usagers plus âgés ont plus d'expérience et sont moins enclins à prendre des risques. Au-delà de cette explication liée à la «maturation sociale», on pourrait également envisager une théorie «darwinienne»: les consommateurs plus jeunes ont arrêté ou sont décédés et les plus âgés encore vivants résistent mieux aux dangers. Toutefois, il est possible que les différences en matière de politiques (une stratégie d'action ferme par opposition à un contrôle social plus informel) jouent un rôle important.

Les différences liées à la taille de la ville

La taille de l'agglomération n'a été prise en compte que dans le cadre d'une analyse de classification multiple. La plupart des valeurs **Eta**² élevées n'ont rien de surprenant vu qu'un grand nombre d'indicateurs sont liés au problème d'usage de drogue, un phénomène essentiellement urbain. Les variances les plus élevées explicables par le facteur «taille de l'agglomération» concernent les urgences non mortelles, l'incidence de l'hépatite B chez les usagers de drogue par voie injectable (UDVI), les décès liés à la drogue et les arrestations pour trafic. Les valeurs **Eta**² relativement faibles des saisies de drogues pourraient indiquer que celles-ci ne sont pas tant liées à la situation locale de la drogue qu'à d'autres caractéristiques de la ville, comme son emplacement le long des itinéraires du trafic international de drogues.

Différences est-ouest dans les corrélations entre indicateurs

,84 corrélation positif - ,82 corrélation négative

	Corrélations entre les indicateurs	OUEST	EST
TRAITEMENT	Ensemble des demandes de traitement - % usagers d'héroïne (premier traitement)	,84	
	Ensemble des demandes de traitement - admissions en hôpital psychiatrique		,86
	Ensemble des demandes de traitement - urgences non mortelles	-,82	,52
	Âge moyen (premier traitement) - % âgés < 25 (premier traitement)	-,97	
	Âge moyen (premier traitement) - % UDVI (premier traitement)		,77
	Âge moyen (premier traitement) - urgences non mortelles	-,82	
	% de femmes (premier traitement) - admissions en hôpital psychiatrique	,80	
	% usagers de cannabis (premier traitement) - urgences non mortelles	-,87	
	% usagers d'héroïne (premier traitement) - admissions en hôpital psychiatrique	,91	-,54
	% usagers d'héroïne (premier traitement) - admissions en hôpital général		-,93
% usagers d'héroïne (premier traitement) - urgences non mortelles		-,84	
INFRACTIONS À LA LOI SUR LES DROGUES MARCHÉ DE LA DROGUE	Arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues - peines de prison pour infraction à la loi sur les drogues		,87
	Arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues - saisies de cocaïne	,76	
	Condamnations pour infraction à la loi sur les drogues - saisies d'héroïne	,39	
	Condamnations pour infraction à la loi sur les drogues - saisies de cocaïne	,78	
TRAITEMENT SANTÉ	Ensemble des demandes de traitement - décès liés à la drogue		,84
	Urgences non mortelles - incidence du sida parmi les UDVI	,85	-,21
	% usagers de cannabis (premier traitement) - incidence du sida parmi les UDVI	-,86	
	% UDVI (premier traitement) - admissions en hôpital psychiatrique		,73
	% UDVI (premier traitement) - admissions en hôpital général	-,91	
	% UDVI (premier traitement) - urgences non mortelles	-,78	,65
	% UDVI (ensemble traitements) - admissions en hôpital général	-,99	,44
TRAITEMENT INFRACTIONS À LA LOI SUR LES DROGUES MARCHÉ DE LA DROGUE	Première demande de traitement - saisies de cocaïne		,85
	Première demande de traitement - saisies d'amphétamines		,80
	Ensemble des demandes de traitement - arrestations pour infraction à la loi sur les drogues		,72
	Ensemble des demandes de traitement - condamnations pour infraction à la loi sur les drogues		,71
	Ensemble des demandes de traitement - saisies d'héroïne		,77
	Ensemble des demandes de traitement - saisies de cocaïne		,76
	Ensemble des demandes de traitement - saisies d'amphétamines		,72
	Admissions en hôpital psychiatrique - condamnations pour infraction à la loi sur les drogues		,73
	Admissions en hôpital psychiatrique - saisies d'héroïne		,94
	Admissions en hôpital psychiatrique - saisies de cocaïne		,93
	Admissions en hôpital psychiatrique - saisies d'amphétamines		,91
	Admissions en hôpital général - arrestations pour infraction de trafic de drogues		,83
	Admissions en hôpital général - peines de prison pour infraction de trafic de drogues		-,74
	Urgences non mortelles - arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues		,69
	Usagers d'héroïne (premier traitement) - arrestations pour infraction de trafic de drogues	,82	
	Usagers d'héroïne (premier traitement) - peines de prison pour infraction à la loi sur les drogues	,81	
	% usagers d'héroïne (premier traitement) - arrestations pour infraction de trafic de drogues		-,77
	% usagers d'héroïne (premier traitement) - arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues		-,70
	% usagers d'héroïne (premier traitement) - peines de prison pour toute infraction à la loi sur les drogues	-,93	

SANTÉ INFRACTIONS À LA LOI SUR LES DROGUES MARCHÉ DE LA DROGUE	Incidence de l'hépatite B parmi les UDVI - arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues	,79	
	Incidence de l'hépatite B parmi les UDVI - saisies d'amphétamines	,74	
	Incidence du sida parmi les UDVI - peines de prison pour infraction à la loi sur les drogues	,95	
	Décès liés à la drogue - saisies de cocaïne		,76
	Décès liés à la drogue - saisies d'amphétamines		,80
	% UDVI (premier traitement) - arrestations pour trafic de drogues	,88	
	% UDVI (ensemble traitements) - arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues	,92	
	% UDVI (premier traitement) - arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues		,94
	% UDVI (premier traitement) - saisies d'héroïne	,80	
	% UDVI (premier traitement) - saisies de cocaïne	,95	

Importance du facteur est-ouest sur la variance de l'indicateur

 ,22	● Contribution significative à l'explication de la variance
	■ Interaction significative avec la taille de la ville

Résultats de l'analyse de variance (hiérarchique) / Analyse de classification multiple

Groupe d'indicateurs	Indicateur				Interactions avec le facteur de taille de la ville	Cas validés
		1991-1997	1997	1996		
TRAITEMENT	Première demande de traitement	,02				112
	Ensemble demandes de traitement	,05			■	118
	Âge moyen (premier traitement)	,08			■	84
	% femmes (premier traitement)	,02				104
	% < 25 ans (premier traitement)	,37	●	●		88
	Admissions en hôpital psychiatrique	,00				70
	Admissions en hôpital général	,22	●	●	■	64
	Urgences non mortelles	,32	●	●	■	61
	% usagers de cannabis (premier traitement)	,09				47
	% usagers d'héroïne (premier traitement)	,04		●	■	61
SANTÉ	% UDVI en premier traitement	,12		●		55
	% UDVI en tout traitement	,06			■	53
	Incidence hépatite B parmi les UDVI	,16			■	67
	Incidence sida parmi les UDVI	,02			■	96
	Décès liés à la drogue	,31	●	●	■	120
INFRACTIONS À LA LOI SUR LES DROGUES	Arrestations pour infraction de trafic de drogues	,15			■	69
	Arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues	,19				72
	Condamnations pour infraction à la loi sur les drogues	,17		●		113
	Peines de prison pour infraction à la loi sur les drogues	,31	●		■	68
MARCHÉ DE LA DROGUE	Saisies de cannabis	,09			■	70
	Saisies d'héroïne	,24				63
	Saisies de cocaïne	,11	●			66
	Saisies d'amphétamines	,21				61

Importance du facteur taille de la ville sur la variance des indicateurs

,22

- Contribution significative à l'explication de la variance
- Interaction significative avec le facteur Est-Ouest

Résultats de l'analyse de variance (hiérarchique) / Analyse de classification multiple

Groupe d'indicateurs	Indicateur	Eta ² taille de la ville			Interactions avec le facteur Est-Ouest	Cas validés
		1991-1997	1997	1996		
TRAITEMENT	Première demande de traitement	,22	●	●		112
	Ensemble des demandes de traitement	,11			■	118
	Âge moyen (premier traitement)	,03			■	84
	% femmes (premier traitement)	,00				104
	% < 25 ans (premier traitement)	,00				88
	Admissions en hôpital psychiatrique	,20				70
	Admissions en hôpital général	,00			■	64
	Urgences non mortelles	,41			■	61
	% usagers de cannabis (premier traitement)	,07				47
	% usagers d'héroïne (premier traitement)	,14		●	■	61
SANTÉ	% UDVI en premier traitement	,19		●		55
	% UDVI en tout traitement	,22			■	53
	Incidence de l'hépatite B parmi les UDVI	,50	●	●	■	67
	Incidence du sida parmi les UDVI	,08			■	96
	Décès liés à la drogue	,37	●	●	■	120
INFRACTIONS À LA LOI SUR LES DROGUES	Arrestations pour infraction de trafic de drogues	,30			■	69
	Arrestations pour toute infraction à la loi sur les drogues	,10				72
	Condamnations pour ILD	,05				113
	Peines de prison pour ILD	,02			■	68
MARCHÉ DE LA DROGUE	Saisies de cannabis	,06			■	70
	Saisies d'héroïne	,00				63
	Saisies de cocaïne	,04				66
	Saisies d'amphétamines	,01				61

5.2

Interprétation (Enquête des experts)

Méthodes d'analyse

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats d'un sondage réalisé auprès du Groupe d'experts en épidémiologie au sujet de leurs perceptions et des évolutions au sein du réseau multi-villes. Ce sondage, que nous avons qualifié de «sondage d'interprétation», s'est déroulé en mars et avril 1999. Notre principal objectif consistait à recueillir des informations susceptibles de venir compléter le bilan souvent fragmentaire dressé par les rapports des différentes villes. Ce sondage auprès des experts constitue en quelque sorte une interprétation synthétique condensée de l'évolution globale de la situation de la drogue en Europe, et ses résultats peuvent être considérés comme une validation par les experts de quelques-uns des constats issus de la précédente analyse des données d'indicateurs.

Ce sondage visait les objectifs suivants:

- apprécier les modifications intervenues dans le classement relatif de la prévalence des différentes drogues;
- recueillir l'impression des experts au sujet des tendances relatives à la drogue, en complément des données recueillies ou en remplacement de données non encore disponibles;
- mieux comprendre l'orientation des politiques locales en matière de drogues par rapport aux tendances et évolutions constatées et perçues.

Un questionnaire a été distribué à 75 experts ayant participé au réseau multi-villes au cours de la deuxième moitié des années 90. En raison de problèmes d'organisation, les experts des villes russes n'ont pas pu participer à l'enquête. Trente questionnaires remplis nous ont été renvoyés. Toutefois, dans l'échantillon ciblé de population, un grand nombre d'experts, en réalité, travaillent ou ont travaillé, au sein du réseau, en qualité de remplaçants d'autres experts auxquels ils se sont adressés pour obtenir les réponses aux questions posées. Si l'on tient compte de ces «doublons», le taux de réponse passe à 73% (55 experts).

Les réponses concernent un total de 26 villes, dont 16 en Europe de l'Ouest et 10 en Europe de l'Est, et 3 villes n'ont pas pris part à la collecte de données multi-villes (Luxembourg, Bucarest, Zagreb).

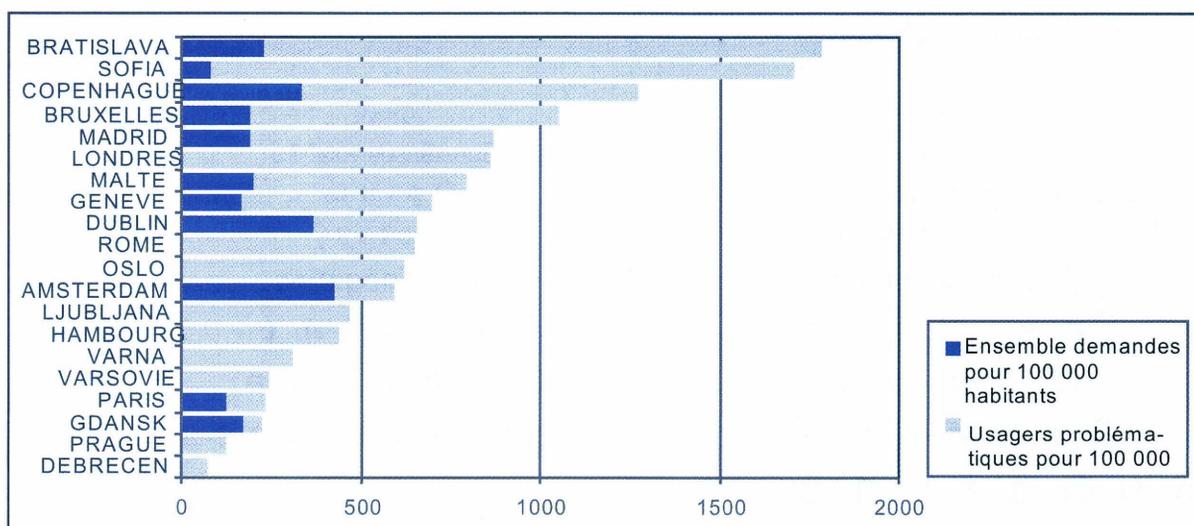
Usage problématique de drogues

Jusqu'en 1997, aucune information n'a été recueillie, dans le cadre du réseau multi-villes, sur les estimations relatives à la consommation problématique de drogues et, dans les mises à jour 1998, seules 5 villes ont fourni des chiffres à ce sujet.

Dans le cadre de notre sondage d'interprétation, nous entendons par «usagers problématiques de drogues» les personnes ayant besoin d'un traitement. Vingt villes du réseau nous ont fourni une estimation à ce sujet. Il convient de noter que, dans la plupart des cas, le chiffre correspond à l'estimation d'un seul expert participant à l'étude. Les données ont été converties en taux pour 100 000 habitants et elles sont comparées aux chiffres fournis par les villes pour l'ensemble des demandes de traitement en 1997 ou 1998.

Comme pour d'autres indicateurs, nous constatons des variations considérables dans les chiffres fournis par les différentes villes du réseau.

Estimation du nombre d'usagers problématiques et du pourcentage en traitement, 1997-1999



Prévalence

Les données relatives à la prévalence de la drogue dans l'ensemble de la population ne sont pas souvent disponibles à l'échelon de la ville. Il en va de même, dans une moindre mesure, pour celles qui concernent la prévalence de la drogue au sein des usagers en traitement. Compte tenu cependant des chapitres qualitatifs des rapports de villes, nous faisons cependant l'hypothèse que la plupart des experts ont une idée générale de l'évolution de l'importance relative des drogues consommées dans leur ville. Dans le cadre du sondage d'interprétation, nous avons donc demandé aux experts de nous donner leur estimation de la prévalence relative des différentes drogues au début et à la fin des années 90, tant dans l'ensemble de la population que chez les usagers problématiques.

Les résultats obtenus nous donnent une idée des évolutions dans le temps et des problèmes posés par les différentes drogues. Nous les présentons ici sous forme de «pyramides illicites», pour l'Europe de l'Est et l'Europe de l'Ouest, pour les grandes et pour les petites villes. Comme précédemment, la frontière entre grandes et petites agglomérations a été fixée à un million d'habitants. Les drogues figurent dans les pyramides dans l'ordre inverse de leur prévalence compte tenu des rangs moyens qui leur ont été attribués par les experts de chaque ville. En cas d'égalité entre deux substances, le produit le plus puissant sur le plan pharmacologique vient en premier.

Une comparaison rapide entre les pyramides fait état de différences sensibles, en particulier entre les villes d'Europe de l'Est et celles d'Europe de l'Ouest. Voici à cet égard quelques observations frappantes:

- On constate un très net recul des substances inhalées dans les villes d'Europe de l'Est au cours des années 90. Dans une moindre mesure, cette diminution concerne également l'«opium» qui, dans ce contexte, correspond à des produits de fabrication artisanale, du moins pour ce qui est de l'ensemble de la population. Avec le processus de démocratisation, l'ouverture des frontières et l'accès à de nouvelles influences culturelles, les «nouvelles» drogues ont connu un regain de popularité, se substituant aux substances et aux modes de consommation antérieures.
- Hormis le cannabis, les différentes drogues ne semblent pas avoir la même importance auprès de l'ensemble de la population à l'Ouest et à l'Est. Ces variations pourraient être dues à des différences de marchés de drogues, elles-mêmes attribuables dans une large mesure à des différences culturelles et au fait que les pays de l'Est sont plus proches des principaux itinéraires du trafic international de drogues. Ainsi, l'Europe de l'Est est plus proche des principales régions de culture du pavot que l'Europe de l'Ouest ne l'est des principales routes du trafic de cocaïne.
- D'une manière générale, les opiacés semblent plus importants dans les villes d'Europe de l'Est, alors que ce sont les drogues stimulantes – en particulier, la cocaïne – qui paraissent avoir la prédominance à l'Ouest. C'est également ce que l'on constate dans les «pyramides de la consommation problématique» et dans les analyses de classification multiple susmentionnées. La question reste posée de savoir si la position de la cocaïne à l'Est «rattrapera» un jour celle qu'elle occupe à l'Ouest, puisque tel a été le phénomène observé entre l'Europe de l'Ouest et les Etats-Unis.

Prévalence dans l'ensemble de la population – début des années 90

EUROPE DE L'EST	EUROPE DE L'OUEST	ordre de grandeur
Crack	Crack	9
Cocaïne	Substances volatiles	8
Ecstasy	O p i u m	7
Hallucinogènes	Ecstasy	6
Amphétamines	Hallucinogènes	5
H é r o ï n e	H é r o ï n e	4
O p i u m	C o c a ï n e	3
C a n n a b i s	A m p h é t a m i n e s	2
S u b s t a n c e s	C a n n a b i s	1
v o l a t i l e s		

Prévalence dans l'ensemble de la population – fin des années 90

EUROPE DE L'EST	EUROPE DE L'OUEST	ordre de grandeur
Crack	Crack	9
Opium	Substances volatiles	8
Cocaïne	O p i u m	7
Hallucinogènes	H é r o ï n e	6
Substances volatiles	Hallucinogènes	5
E c s t a s y	A m p h é t a m i n e s	4
A m p h é t a m i n e s	E c s t a s y	3
H é r o ï n e	C o c a ï n e	2
C a n n a b i s	C a n n a b i s	1

Drogue primaire parmi les usagers ayant besoin de traitement – début des années 90

EUROPE DE L'EST	EUROPE DE L'OUEST	ordre de grandeur
Crack	Ecstasy	9
Ecstasy	Substances volatiles	8
Cocaïne	Crack	7
Amphétamines	Hallucinogènes	6
Hallucinogènes	Cocaïne	5
Cannabis	Amphétamines	4
Substances volatiles	Opium	3
Opium	Cannabis	2
Héroïne	Héroïne	1

Drogue primaire parmi les usagers ayant besoin de traitement – fin des années 90

EUROPE DE L'EST	EUROPE DE L'OUEST	ordre de grandeur
Crack	Hallucinogènes	9
Cocaïne	Substances volatiles	8
Hallucinogènes	Opium	7
Ecstasy	Ecstasy	6
Substances volatiles	Crack	5
Cannabis	Cannabis	4
Opium	Amphétamines	3
Amphétamines	Cocaïne	2
Héroïne	Héroïne	1

- On remarque également un certain nombre d'éléments frappants s'agissant de drogues particulières. Dans les villes d'Europe de l'Ouest, le cannabis est sans exception la drogue illicite la plus répandue. A l'Ouest comme à l'Est, l'héroïne est la drogue de prédilection des toxicomanes. Contrairement à ce que l'on entend souvent dans le milieu politique et dans les médias, le crack n'occupe qu'une place limitée dans les modes de consommation de l'ensemble de la population et même chez les usagers problématiques. Cependant, il faudrait mentionner que le crack a légèrement progressé au cours des années 90 dans les villes d'Europe de l'Ouest.
- Les drogues «traditionnelles» en Europe de l'Est au début des années 90, à savoir les substances inhalées et les extraits d'opiacés de fabrication artisanale, sont en train de céder la place à l'héroïne et aux amphétamines. Le phénomène aurait probablement été encore plus marquant si les experts russes avaient participé à l'enquête. La modification des «pyramides de prévalence générale» au cours des années 90 confirme l'hypothèse d'une convergence apparente des évolutions en Europe de l'Est et de l'Ouest dans ce contexte phénoménologique.
- Une analyse de classification multiple relative effectuée sur le rang des différentes drogues ne fait pas apparaître de différences significatives entre grandes et petites agglomérations s'agissant des modes de consommation dans l'ensemble de la population. Mais si l'on regarde les «pyramides de la consommation problématique», on constate quelques différences frappantes. La notion de «consommation problématique» semble avoir évolué entre le début et la fin des années 90, période pour laquelle les pyramides relatives à l'ensemble de la population et aux usagers problématiques présentent presque le même aspect.

3^e Etude multi-villes

Prévalence dans l'ensemble de la population – début des années 90

VILLES < 1 million	VILLES > 1 million	ordre de grandeur
Crack	Crack	9
Ecstasy	Ecstasy	8
Cocaïne	Opium	7
Hallucinogènes	Substances volatiles	6
O p i u m	H é r o ï n e	5
Amphétamines	C o c a ï n e	4
S u b s t a n c e s	H a l l u c i n o g è n e s	3
v o l a t i l e s	A m p h é t a m i n e s	2
H é r o ï n e	C a n n a b i s	1
C a n n a b i s		

Prévalence dans l'ensemble de la population – fin des années 90

VILLES < 1 million	VILLES > 1 million	ordre de grandeur
Crack	Crack	9
Opium	Opium	8
Substances volatiles	Substances volatiles	7
Hallucinogènes	Hallucinogènes	6
Cocaïne	Héroïne	5
E c s t a s y	C o c a ï n e	4
Amphétamines	A m p h é t a m i n e s	3
H é r o ï n e	E c s t a s y	2
C a n n a b i s	C a n n a b i s	1

Drogue primaire parmi les usagers ayant besoin de traitement – début des années 90

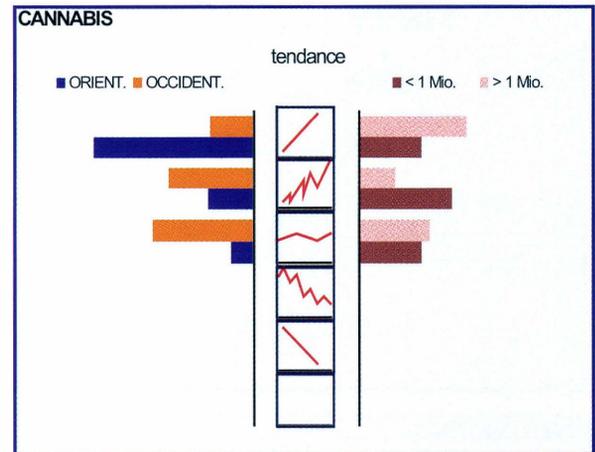
VILLES < 1 million	VILLES > 1 million	ordre de grandeur
Crack	Ecstasy	9
Ecstasy	Crack	8
Hallucinogènes	Hallucinogènes	7
Amphétamines	Cannabis	6
Cocaïne	Substances volatiles	5
Substances volatiles	Cocaïne	4
Opium	Amphétamines	3
Cannabis	Opium	2
Héroïne	Héroïne	1

Drogue primaire parmi les usagers ayant besoin de traitement – fin des années 90

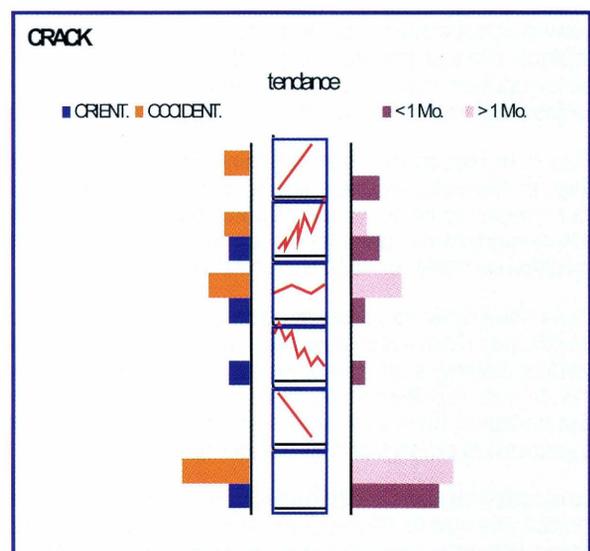
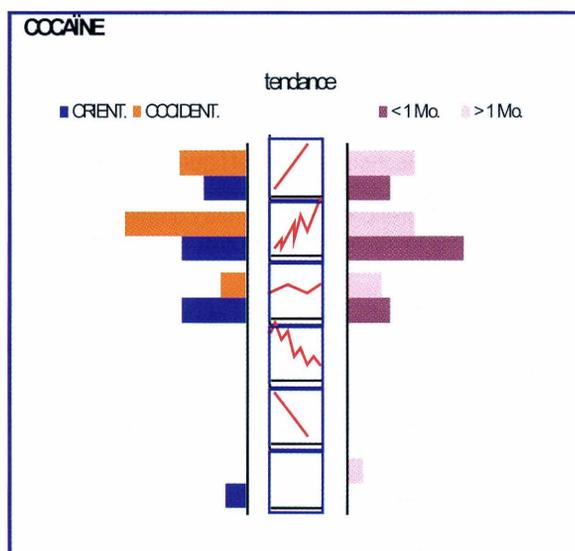
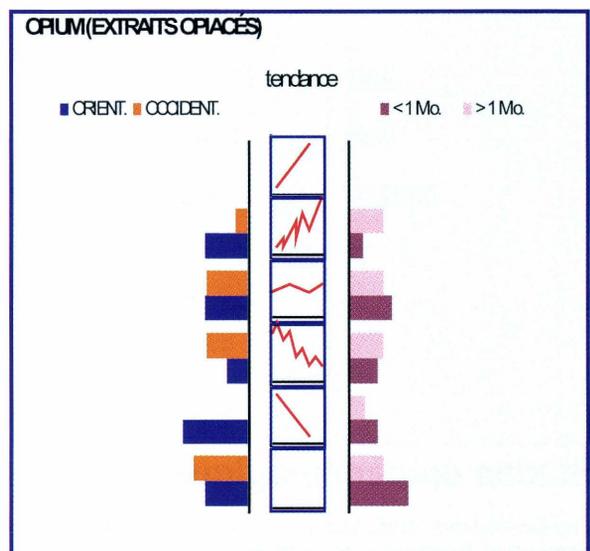
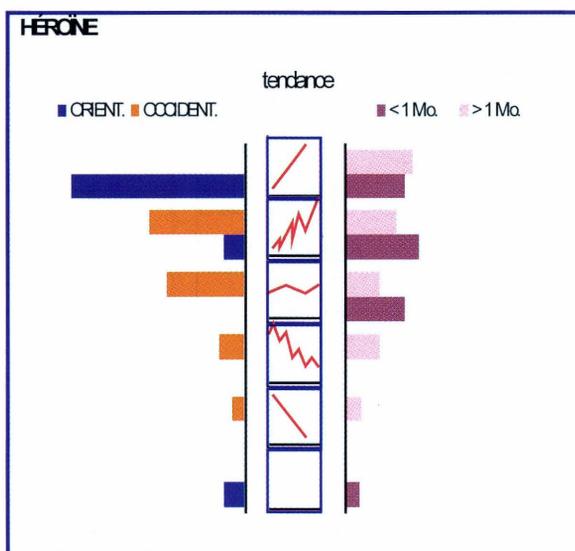
VILLES < 1 million	VILLES > 1 million	ordre de grandeur
Hallucinogènes	Hallucinogènes	9
Substances volatiles	Crack	8
Crack	Ecstasy	7
Ecstasy	Substances volatiles	6
Opium	Opium	5
Cocaïne	Cocaïne	4
Cannabis	Cannabis	3
Amphétamines	Amphétamines	2
Héroïne	Héroïne	1

A première vue, le facteur relatif à la taille de l'agglomération ne montre pas de variations importantes entre petites et grandes villes s'agissant de l'évolution des tendances dans les années 90.

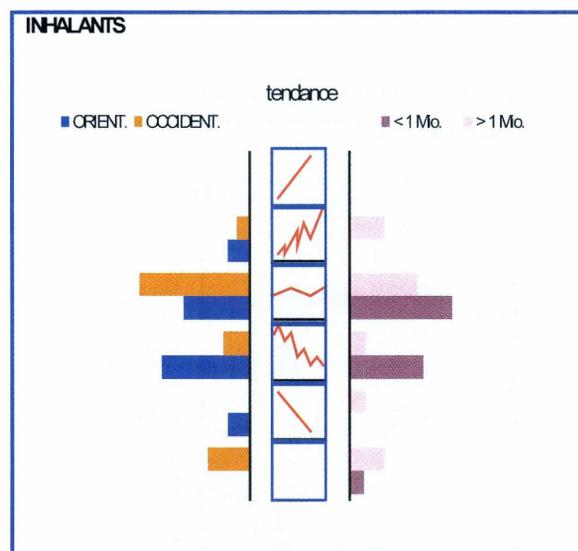
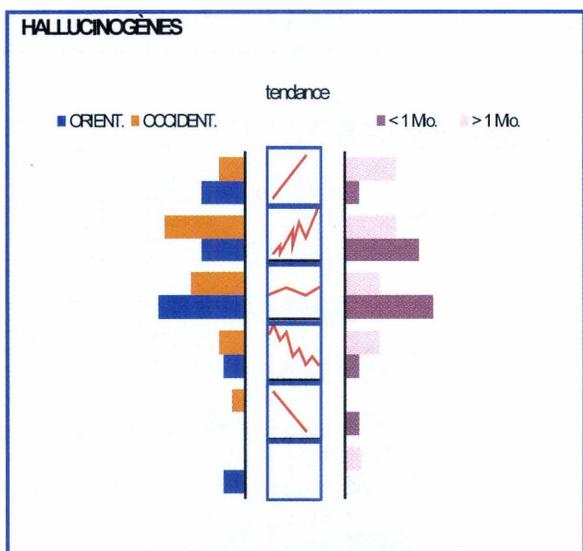
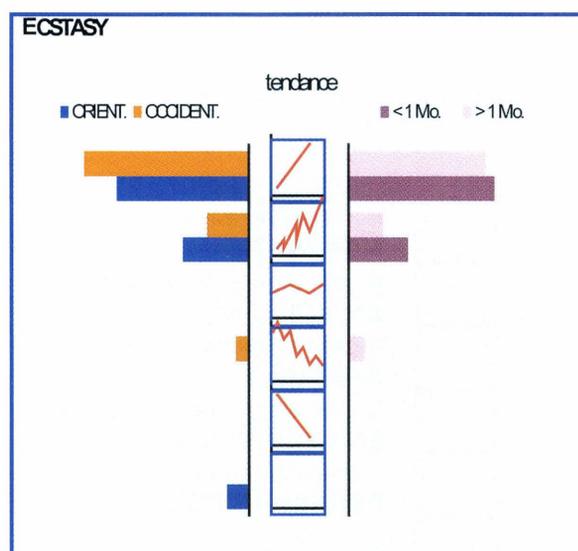
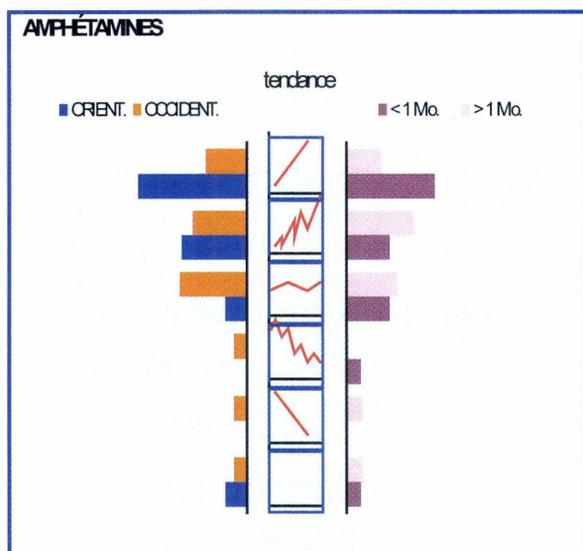
Perception de l'évolution du cannabis dans les années 90, Europe de l'Est et Europe de l'Ouest, grandes et petites agglomérations.



Evolution des tendances dans les années 90



Evolution des tendances dans les années 90



Stades épidémiologiques

L'évaluation des tendances constitue l'un des principaux objectifs des systèmes de suivi de la drogue, mais elle ne fournit pas suffisamment d'informations sur la diffusion de l'usage de drogues au sein de la société. Même lorsque les tendances sont à la hausse, l'usage de drogues peut encore être limité à des groupes spécifiques ou à des régions particulières. L'estimation séparée des prévalences et des tendances pour toutes sortes de sous-groupes est plutôt problématique, non seulement parce que, d'une manière générale, nous n'avons pas les données voulues sur les caractéristiques de la population faisant usage de drogues, à part son sexe et son âge, mais aussi parce que nous ne connaissons pas toujours à l'avance les caractéristiques qu'il convient de rechercher.

Pour nous faire au moins une certaine idée de la diffusion de l'usage de drogues, nous avons fait figurer dans notre sondage d'interprétation une question d'évaluation expérimentale. Celle-ci a été posée dans le contexte de l'élaboration d'un métaconcept de «stades épidémiologiques» destiné à décrire et à comprendre les schémas complexes d'évolution des indicateurs dans les différentes villes. Nous commencerons par expliquer ce concept, pour revenir ensuite aux résultats de notre sondage d'interprétation.

Dans notre contexte phénoménologique, nous utilisons la notion de «stades épidémiologiques» pour désigner le degré de diffusion d'une substance donnée dans la population d'une région ou d'une ville. L'élaboration théorique des stades épidémiologiques tels que nous les avons définis ci-dessous est étroitement liée à la sociologie médicale, domaine d'origine de l'épidémiologie. Etant donné que les épidémiologistes s'intéressent surtout à l'origine et à la propagation des maladies, nous avons concentré nos analyses sur les origines sociales des usagers et sur les facteurs de risques associés à la propagation de l'usage de drogues illicites.

Le modèle des stades épidémiologiques ne donne aucune explication du phénomène de l'usage de drogues. Il correspond plutôt à une volonté de mieux en décrire les évolutions. D'autres travaux théoriques devront être entrepris afin de rendre ce modèle plus précis et lui permettre de mieux décrire les situations d'usage de drogues mais, même dans son état

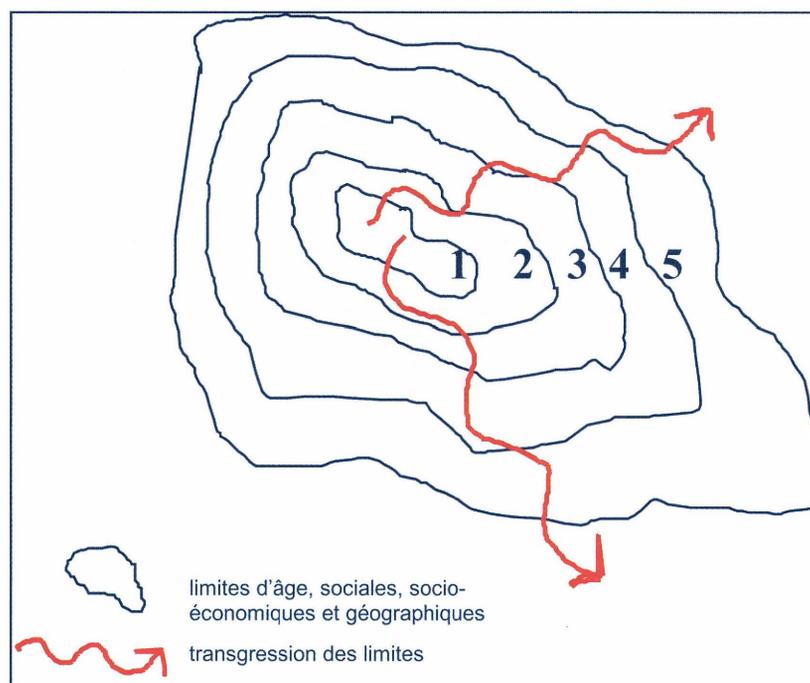
actuel, le modèle permet de décrire le stade de propagation de la drogue ou le profil de diffusion de certaines substances, ce qui nous paraît beaucoup plus judicieux que de parler d'épidémie ou de menace pour la société quand les taux de prévalence augmentent.

Pour prendre l'exemple de «l'épidémie de crack» aux Etats-Unis, «les éléments empiriques dont on dispose sur l'usage de crack donnent à penser que politiciens et journalistes ont systématiquement utilisé les expressions d'«épidémie» et de «fléau» de manière imprécise et rhétorique pour parler de menace, d'alerte et de danger (...). Si le terme d'«épidémie» désigne une maladie ou une pathologie «répandue» ou «prévalente», alors il n'y a jamais eu d'épidémie d'accoutumance au crack (ni même d'usage de crack) pour la grande majorité des Américains (...). On pourrait parler à la rigueur d'épidémie d'«usage» de crack chez une certaine minorité d'adolescents et de jeunes adultes issus de quartiers urbains défavorisés entre le milieu et la fin des années 80»¹.

Dans le cadre du processus d'élaboration de ces «stades épidémiologiques», il faut garder à l'esprit le fait que la propagation des substances psychotropes est, dans bien des cas, étroitement limitée, essentiellement à certains groupes d'âge et milieux sociaux. Les recherches sur les facteurs de risque de l'usage et de la prévalence des drogues font clairement état d'un lien étroit entre certaines substances et certaines tranches d'âge et groupes socioéconomiques. Une étude sur les taux de prévalence de différentes drogues n'est donc pas concevable sans une réflexion sur la structure par âges et la composition sociologique des (principaux) groupes d'usagers. Pour résumer la position actuelle des différentes recherches sur la drogue, nous dirons que la notion de réseau social, essentiellement constitué en fonction de l'âge et des critères socioéconomiques entre des personnes entretenant des contacts réguliers et des relations étroites, semble constituer une composante sociale déterminante du comportement des usagers de drogues.

Un troisième élément du modèle des stades concerne les limites géographiques, régionales et locales, critère de différenciation essentiel en épidémiologie traditionnelle. Outre les différences nationales, les variations géographiques en matière de propagation des drogues illicites semblent prendre essentiellement la forme d'un gradient «régions urbaines-régions rurales».

Voici une illustration et une description de la terminologie employée:



1. **Endémie:** la propagation de la substance psychotrope est nettement limitée à certaines tranches d'âge, groupes socio-économiques ET régions géographiques.
2. **Endémie-épidémie:** la tendance indique que l'usage de la substance commence à déborder certaines limites d'âge, de catégories sociales OU de régions géographiques.
3. **Epidémie:** l'usage de la substance se répand à d'autres tranches d'âge, groupes socio-économiques OU régions géographiques.
4. **Epidémie-pandémie:** la propagation de la substance n'est (plus) restreinte à certaines tranches d'âge, groupes socio-économiques ET régions géographiques clairement définissables.
5. **Pandémie:** la substance se répand manifestement dans plusieurs tranches d'âge, groupes socio-économiques ET régions géographiques.

¹ Reinerman, C., Levine, H.G. (1997): The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare. In: Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.): *Crack in America*. University de California Press, Berkeley/Los Angeles/London: 33f.

Il va sans dire que la progression du stade 1 au stade 5 s'accompagne d'une progression de la prévalence. Dans le paragraphe précédent, nous avons donc présenté une échelle ordinale à 5 points pour décrire les tendances de l'usage de drogues. Cette échelle est applicable à tous les stades épidémiologiques.

Ainsi, pour en revenir aux «explosions» de crack au milieu et à la fin des années '80 aux Etats-Unis, on a d'abord constaté une augmentation rapide de l'usage de cette drogue au sein de catégories socio-économiques limitées (minorités ethniques), tranches d'âge précises (les jeunes) et de secteurs ou de districts géographiques particuliers. On a pu parler alors de situation endémique avec une tendance à la hausse. Depuis, le crack a atteint le stade de l'endémie-épidémie dans certains pays, mais il est loin de constituer une véritable épidémie au niveau mondial.

Il est donc évident que *différentes* drogues peuvent normalement en être à des stades épidémiologiques différents et afficher des tendances d'évolution *variables* au même moment. On peut ainsi observer dans certains pays une stabilisation de la consommation d'héroïne au stade de l'endémie, qui s'accompagne d'une tendance à la hausse des drogues de synthèse, s'acheminant vers le stade épidémique.

Une tendance nette à la hausse ou à la baisse pourrait donc indiquer le passage d'une drogue à un autre stade différent sur l'échelle épidémiologique (plus élevé ou plus bas). Ainsi, les hauts et les bas des taux de prévalence constituent des observations «initiales», qui appellent des analyses plus approfondies. Comme nous l'avons déjà mentionné, ce concept de stades épidémiologiques est descriptif plutôt qu'explicatif. Des analyses plus fines au-delà du niveau de la description des schémas de diffusion s'imposeraient pour comprendre la dynamique des évolutions épidémiologiques et identifier les variables contextuelles pertinentes des processus de transition relevés. Le fait pour une drogue de passer d'un stade épidémiologique à un autre pourrait – de manière générale – relever d'un réflexe culturel lié à de nouvelles modes, à des mouvements politiques, à l'esprit de l'époque, à l'industrie des loisirs, etc. Ainsi, pour comprendre les forces qui tirent les processus de passage d'un stade épidémiologique à un autre et la dynamique des schémas de diffusion, il convient de procéder à une réflexion analytique sur les évolutions et les changements culturels et socio-économiques.

Dans l'idéal, on pourrait étudier les raisons pour lesquelles la propagation d'une substance donnée passe d'un stade épidémiologique à l'autre à partir de constructions théoriques sur le phénomène de déviance tel qu'on le trouve en sociologie et en particulier en criminologie. L'hypothèse théorique de base consiste à dire que les comportements déviants – tels que l'usage de drogues – s'apparentent à des maladies infectieuses et se propagent au contact de pairs. On a pu trouver dans diverses études un grand nombre de preuves empiriques à l'appui de cette hypothèse dans le domaine de l'usage de drogues: «Les gens qui entrent en contact avec un grand nombre d'autres gens sont, apparemment, non seulement confrontés plus souvent à une présentation positive de l'usage de drogues, mais ils ont aussi davantage d'occasions d'en consommer»². Cependant, l'influence du groupe semble varier selon l'âge. Au sein notamment des tranches d'âge plus jeunes, le contact avec les pairs semble avoir une incidence importante sur le comportement en matière de consommation de drogues.

Le point de départ de ces modèles théoriques, que l'on appelle le modèle du seuil, de la masse critique ou de la contagion, tient à la notion de niveaux critiques d'incidence d'un phénomène au sein de la population. Si cette incidence reste en deçà du niveau critique, la prévalence tend à s'orienter vers un équilibre relativement peu élevé. Mais si l'incidence atteint le point critique, le processus de propagation peut exploser. En d'autres termes, il peut y avoir épidémie, faisant progresser l'incidence à un niveau d'équilibre plus élevé. En ce sens, nous pourrions dire que les stades épidémiologiques de notre modèle correspondent à des niveaux d'équilibre différents.

Pour reprendre le vocabulaire de l'épidémiologie, nous pourrions aussi parler de «point de basculement», c'est-à-dire le point à partir duquel l'usage d'une drogue peut se transformer, soit en grave problème de santé publique, soit, dans le cas d'une incidence inférieure au point de basculement ou au point critique, en un phénomène strictement limité à des groupes restreints d'usagers ne provoquant aucun problème notable sur le plan social ou sanitaire. Ainsi, nous pourrions parler dans notre modèle de «tournant», c'est-à-dire le point à partir duquel la tendance de l'évolution de l'incidence s'oriente vers un stade épidémiologique supérieur ou inférieur dans l'échelle susmentionnée.

Il convient de remarquer que la dynamique épidémiologique d'un passage de l'incidence en deçà ou au-dessus d'un tournant critique n'est pas linéaire: si le niveau de neige dans les Alpes atteint une masse critique, le risque d'avalanches s'accroît de manière exponentielle. Mais l'évolution de la situation dépend également de bien d'autres facteurs. Il en va de même des drogues. La propagation de l'usage de drogues subit l'influence de multiples facteurs différents tels que, pour n'en nommer que quelques-uns, l'évolution des cultures marginales et de la culture des jeunes (et de l'industrie des loisirs qui lui est associée), la structure des catégories socioprofessionnelles et socio-économiques, les programmes de prévention, etc.

² Reuband K.-H. [1992] Der Mythos vom einsamen Drogenkonsumenten. Kontakte zu Gleichaltrigen als Determinanten des Drogengebrauchs (Le mythe de l'usager de drogues solitaire. Les contacts interpersonnels avec les pairs en tant que déterminants de l'usage de drogues). Dans: Sucht, 3: 160-172

L'évaluation des modes de diffusion

L'une des principales missions de la 3^e Étude multi-villes consiste à interpréter les tendances et les évolutions, afin que nous puissions avoir une idée ou une impression de ce que sont les éventuels «points critiques» et la dynamique épidémiologique du phénomène d'usage de drogues. Toutefois, compte tenu des critères susmentionnés, en particulier ceux qui se rapportent aux délimitations géographiques et socio-économiques, nous n'avons pour l'instant que très peu d'informations disponibles. Par conséquent, une description des différents stades épidémiologiques ne peut reposer que sur les avis et estimations du Groupe d'experts en épidémiologie.

Dans ce contexte, nous avons demandé aux experts, toujours dans le cadre de notre sondage d'interprétation, d'indiquer le stade épidémiologique atteint à leur avis vers la fin des années 90 par chaque drogue dans la ville qu'on leur avait demandé d'étudier.

Pour éviter une confusion a priori, nous n'avons pas indiqué ces stades dans le questionnaire et n'avons fourni qu'une description qualitative de chacun d'entre eux.

Les résultats de l'enquête figurent dans le tableau ci-dessous. Il convient de remarquer que ceci correspond uniquement à une première tentative d'analyse, puisque les experts ayant répondu n'ont pas nécessairement tous fondé leurs impressions sur les mêmes notions. Par souci de simplification, nous avons calculé des valeurs moyennes de nos échelles à cinq degrés afin d'évaluer le «stade» de chaque drogue en Europe de l'Ouest ou de l'Est.

Drogue		Mode de diffusion				
		Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4	Stade 5
Cannabis	EST			●		
	OUEST				●	
Héroïne	EST		●			
	OUEST		●			
Opium/extraits d'opiacés	EST		●			
	OUEST	●				
Cocaïne	EST	●				
	OUEST		●			
Crack	EST	●				
	OUEST	●				
Amphétamines	EST		●			
	OUEST		●			
Ecstasy	EST	●				
	OUEST		●			
Hallucinogènes	EST	●				
	OUEST	●				
Substances volatiles	EST	●				
	OUEST	●				

Hormis le cannabis, les experts estiment l'usage des autres drogues comme étant surtout limité à certaines tranches d'âge, catégories sociales et quartiers. Certes, il faut souligner qu'un certain nombre de drogues ont déjà atteint le stade épidémiologique 2, ce qui traduit un certain «débordement» au-delà des tranches d'âge et catégories sociales actuelles.

Ces résultats synthétiques sont plus ou moins conformes aux résultats des enquêtes faites sur l'ensemble de la population et en milieu scolaire, et aux constats courants de la recherche, qui considèrent l'usage de drogues illicites comme un phénomène propre à la jeunesse. Le passage du cannabis, de la cocaïne et de l'ecstasy à un stade épidémiologique supérieur dans les villes occidentales et de l'opium/extraits d'opiacés dans les villes d'Europe de l'Est n'a rien de surprenant; il est d'ailleurs confirmé par les résultats des analyses antérieures de classification multiple.

D'après nos premières analyses, le facteur lié à la taille des agglomérations ne fait pas apparaître de différences frappantes. La propagation de l'usage des diverses substances ne varie pas beaucoup selon que l'on a affaire à une grande ou à une petite ville.

D'autres analyses pourraient être menées pour étudier les corrélations éventuelles entre les modes de diffusion et la configuration des tendances. On pourrait ainsi savoir si telle ou telle drogue est susceptible ou non de passer au stade épidémiologique supérieur ou de se stabiliser à un stade inférieur. Compte tenu des impressions recueillies auprès des experts, on peut par exemple s'attendre à ce que le cannabis passe au stade épidémiologique supérieur dans les villes d'Europe de l'Est, comme il l'a d'ailleurs déjà fait dans les villes d'Europe de l'Ouest.

Situation générale en matière de drogue au niveau local

En associant notre concept de «stades épidémiologiques» aux données d'indicateurs concernant les interventions (traitements, police) et aux informations dont on dispose sur les orientations effectives ou perçues des interventions et politiques en matière de drogues, nous pourrions parvenir à une évaluation de l'ampleur du problème de la drogue dans les différentes villes.

Dans le cadre de notre sondage d'interprétation, nous avons présenté aux experts cinq stades possibles d'évolution de la situation de la drogue, en leur demandant de donner des exemples pour chacun de ces niveaux, en fonction de leurs impressions à la lecture des rapports fournis par le réseau multi-villes et de leurs «tours de table» lors des réunions du Groupe d'experts en épidémiologie dans les années 90. Les experts avaient la possibilité de choisir entre les 42 villes ayant participé au réseau à un moment ou à un autre au cours des années 90. Leurs réponses font l'objet du tableau ci-dessous.

<i>Evolutions générales dans les années 90</i> <i>(n=nombre de villes <u>différentes</u> mentionnées)</i>	Réponses concernant :	
	EUROPE DE L'EST	EUROPE DE L'OUEST
Problèmes de drogue croissants; pas d'interventions et de moins en moins de contrôle de la situation (n=12)	19	6
Problèmes de drogues croissants ; peu ou pas (plus) de contrôle conjugué avec des interventions (n=13)	20	8
Problèmes de drogue croissants; la situation est largement maîtrisée grâce aux interventions (n=15)	1	32
Problèmes de drogue en diminution (n=8)	-	15
Pas encore de (graves) problèmes de drogue (n=7)	8	4

Les résultats confirment une fois de plus la différenciation Est-Ouest constatée dans nos analyses précédentes. La situation de la drogue dans les villes d'Europe de l'Ouest est perçue comme étant largement maîtrisée par les autorités sanitaires, les forces de police et la justice, de même que l'on perçoit une tendance à la diminution de l'ampleur du problème. Par contre, la situation dans les villes d'Europe de l'Est est perçue comme étant dans une large mesure incontrôlable, avec une aggravation du problème de drogue.

Il faut noter toutefois qu'il existe également davantage de villes à l'Est qu'à l'Ouest dont on dit qu'elles n'ont pas encore de problèmes de drogues sérieux.

Les grandes villes se trouvent de plus en plus confrontées à une vaste problématique liée à la drogue et force est de constater que c'est dans le milieu urbain que les nouvelles tendances en matière de consommation de drogue font leur apparition. L'étude vise à observer et à interpréter les tendances et les nouvelles évolutions en matière de drogue à travers un réseau de quarante-deux grandes villes européennes dans vingt-quatre pays, sur la base d'une série d'indicateurs épidémiologiques standardisés qui concernent la prévalence, le traitement, la santé, les infractions à la législation sur la drogue et le marché de la drogue.

Le rapport représente la 3^e *étude multi-villes*, instrument développé depuis 1985 par le Groupe Pompidou, sur la base des rapports annuels fournis par les villes participantes, dans le but d'améliorer la qualité et la comparabilité des données en Europe. Si la première étude a été conduite dans seulement sept capitales européennes, entre-temps, beaucoup d'autres grandes villes, notamment de l'Europe de l'Est, se sont jointes au réseau multi-villes. Par conséquent, la troisième étude, qui couvre la période 1991-1998, prête une attention particulière à l'analyse des différences entre l'ouest et l'est de l'Europe.

Editions du Conseil de l'Europe

ISBN 92-871-4458-3



9 789287 144584

95 FF/25 \$US/14,48 €