

Council of Europe
Conseil de l'Europe



Etude multi-villes :

Tendances de l'abus de drogues
dans treize villes européennes

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

Documentation OFDT



OFDT002908

Etude multi-villes :

Tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes

Amsterdam, Barcelone, Copenhague, Dublin, Genève, Hambourg,
Helsinki, Lisbonne, Londres, Oslo, Paris, Rome, Stockholm

Synthèse rédigée au nom des experts des treize villes
par M. Richard Hartnoll,
coordinateur des experts en épidémiologie du Groupe Pompidou

Edition anglaise :

Multi-city study : drug misuse trends in thirteen European cities

ISBN 92-871-2392-6

Strasbourg, Conseil de l'Europe, Service de l'édition et de la documentation

ISBN 92-871-2391-8

© Conseil de l'Europe, 1994

Imprimé en Allemagne

L'étude multi-villes sur l'abus de drogues est une étude réalisée par les experts en épidémiologie du Groupe Pompidou. Une première étude a été faite en 1987 dans 7 villes : Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Paris, Rome, Stockholm. Depuis, Barcelone, Copenhague, Genève, Helsinki, Lisbonne et Oslo se sont associés à l'étude. L'objectif à terme est de constituer un réseau de 25 villes environ.

L'étude de synthèse rédigée au nom des experts des 13 villes fait l'objet de la présente publication.

Les vues exprimées sont celles de l'auteur.

TABLE DES MATIERES

Page

RESUME ANALYTIQUE

1. INTRODUCTION

1.1	Genèse de l'étude multi-villes	1
1.2	Objectifs du présent rapport	2
1.3	Limites méthodologiques	3

2. PROFILS DES VILLES: INDICATEURS DANS LE CONTEXTE LOCAL

2.1	Concept à la base des rapports de villes	9
2.2	Amsterdam	9
2.3	Barcelone	12
2.4	Copenhague	15
2.5	Dublin	18
2.6	Genève	21
2.7	Hambourg	23
2.8	Helsinki	26
2.9	Lisbonne	29
2.10	Londres	31
2.11	Oslo	34
2.12	Paris	37
2.13	Rome	39
2.14	Stockholm	41

3.	TENDANCES D'APRES LES INDICATEURS DE LA "DEMANDE"	
3.1	Enquêtes	45
	1) Population adulte globale	45
	2) Population de jeunes et population scolaire	45
	3) Etudes ethnographiques et autres	46
3.2	Demande de traitement	
	1) Demande globale de traitement	47
	2) Premières demandes de traitement	47
3.3	Autres indicateurs de santé	
	1) Admissions dans les hôpitaux	49
	2) Hépatite B	49
	3) VIH et SIDA	50
	4) Urgences non mortelles liées à la drogue	51
3.4	Décès liés à la drogue	51
3.5	Arrestations	53
	1) Arrestations, toutes drogues confondues	54
	2) Arrestations par drogue	54
3.6	Emprisonnements	
	1) Personnes condamnées à la prison pour infraction à la législation sur les drogues	57
	2) Toxicomanes au sein de la population carcérale	58

4.	TENDANCES D'APRES LES INDICATEURS DU "MARCHE"	
4.1	Saisies de drogues illicites	59
1)	Quantités de drogues saisies	59
2)	Nombre de saisies	60
4.2	Prix et degré de pureté	61
5.	CONCLUSIONS	
5.1	Tendances historiques de la consommation de drogues à des fins autres que médicales	63
5.2	Tendances de la consommation de drogues et de la toxicomanie pendant les années 80	64
5.3	Caractéristiques sociales et démographiques	68
5.4	Evolutions sur les marchés de drogues illicites	69
5.5	Certaines conséquences de la consommation de drogues	71
5.6	Evolution des principes d'action	72
5.7	Systèmes d'information et types de recherche	75
5.8	Tendances actuelles et questions pour l'avenir	76

ANNEXES

I	PARTICIPANTS
II	PROFILS DES VILLES D'APRES LES INDICATEURS (Figures)
III	DONNEES D'APRES LES INDICATEURS (Tableaux)
IV	TENDANCES D'APRES LES INDICATEURS (Graphiques)

RESUME ANALYTIQUE

1. Introduction

Historique de l'étude multi-villes: l'étude multi-villes a commencé en 1983. Ses objectifs sont méthodologiques (améliorer la qualité, l'utilité et la comparabilité des indicateurs de la toxicomanie) et fonctionnels (surveiller et interpréter les tendances de la toxicomanie à travers un réseau de grandes villes européennes). Le premier rapport (1987) comportait un examen méthodologique critique de divers indicateurs et fournissait des données sur sept villes jusqu'en 1985.

Objectifs du présent rapport: depuis 1985, l'Europe a été le théâtre de bouleversements sociaux et politiques, les schémas de toxicomanie et les politiques en matière de drogue ont évolué, le SIDA est devenu un problème majeur, et le Groupe d'experts en épidémiologie s'est agrandi. Le présent rapport a pour thème central les tendances comparatives observées dans treize villes pendant les années 80, et plus particulièrement de 1985 à 1991.

Limites méthodologiques: il n'est pas facile d'obtenir des informations valables sur des phénomènes qui sont souvent illicites, stigmatisés et cachés. Il est encore plus difficile de comparer des pays ou des villes lorsque des différences importantes les séparent sur le plan des définitions, des traditions, des mécanismes juridiques et institutionnels, des perspectives en matière de toxicomanie, des mesures et des interventions. Aussi l'interprétation des données joue-t-elle un rôle primordial. A cette fin, la démarche multi-villes doit reposer sur trois grands principes:

- 1) outre les données quantitatives, des informations qualitatives sont requises pour comprendre le contexte local et les procédés en cause;
- 2) les définitions et critères régissant la collecte de données doivent être clairement établis;
- 3) il convient de diversifier les sources d'information et les méthodes pour corriger la vision tendancieuse et déformée qui se dégage de chaque méthode prise isolément.

Le rapport décrit un cadre conceptuel pour les indicateurs et autres sources d'information et examine succinctement les avantages et les inconvénients de certaines méthodes.

Les études de population et les enquêtes en milieu scolaire fournissent des mesures relativement directes concernant la population globale. Mais elles ne cernent que très partiellement les schémas plus graves et honnis de consommation de drogues, négligent d'importants groupes à haut risque et donnent des résultats qui varient selon la méthode utilisée.

Les indicateurs indirects permettent éventuellement de dégager des tendances dans les schémas de consommation de drogues les plus dangereux. Cela dit, on ne saurait les prendre tels quels; en effet, il s'agit de les interpréter soigneusement en tenant compte de toute une série d'autres facteurs qui peuvent influencer sur les résultats. Ils sont plus utiles lorsqu'ils sont combinés avec des travaux d'études, telles les investigations ethnographiques et les études par recherche de cas.

2. Profils des villes: indicateurs dans le contexte local

L'idée à la base de l'étude multi-villes est que chaque expert devrait présenter les données de sa ville et les interpréter à la lumière de ses connaissances du contexte local. Chaque rapport de ville devrait se conformer à un plan type et à une série d'indicateurs de base.

Amsterdam: l'usage d'héroïne/héroïnomanie a augmenté dans les années 70/début des années 80. D'après les indicateurs de la demande et d'autres données, il semblerait que l'incidence ait diminué depuis 1982-84 et que la prévalence se soit stabilisée ces dernières années, avec peut-être une amorce de déclin. Les toxicomanes par voie intraveineuse sont une minorité. Population vieillissante d'opiomanes (âge moyen 32-35 ans), peu de signes d'une héroïnomanie importante dans la génération plus jeune, mis à part quelques jeunes fumeurs d'héroïne marocains. Les indicateurs du marché de l'héroïne ont révélé une hausse sensible après 1984. Consommation accrue de cocaïne par les héroïnomanes. Saisies de cocaïne plus importantes, mais faible consommation de cette drogue par d'autres groupes. Les profils de consommation d'autres drogues sont restés stables.

Barcelone: progression de l'abus d'héroïne à la fin des années 70/début des années 80. Après être restée stable pendant toutes les années 80, l'incidence des nouveaux cas a commencé à fléchir après le milieu des années 80. Actuellement, la prévalence semble être plutôt stable et étroitement liée à une condition sociale et économique plutôt modeste. Le taux de mortalité a augmenté rapidement ces dernières années. Forte prévalence de séropositivité chez les toxicomanes. Consommation de cocaïne en hausse depuis quelques années, bien que la plupart des problèmes de santé soient constatés chez les héroïnomanes qui consomment aussi de la cocaïne. La consommation de drogues chez les jeunes (surtout du cannabis) est restée stable ou a diminué au cours des années 80.

Copenhague: usage d'opiacés/opiomanie plutôt stable pendant les années 80. Population vieillissante d'opiomanes depuis les années 60 et 70, l'incidence de nouveaux cas étant restée à peu près constante au cours des années 80. La consommation d'amphétamines (souvent par injection et en association avec de l'héroïne) s'est accrue depuis le milieu des années 80. Après une hausse en 1991, le taux de mortalité est resté globalement stable et élevé pendant les années 80. Selon certains indices, les disponibilités d'héroïne auraient augmenté ces dernières années. L'intensification des activités de police s'est traduite par un plus grand nombre d'arrestations. Le traitement par la méthadone se serait développé depuis 1987. Relativement peu de cocaïne. Une certaine baisse de la consommation de cannabis. Le taux de contamination par le VIH est resté faible.

Dublin: après avoir beaucoup progressé à la fin des années 70/début des années 80, l'héroïnomanie est en régression. Etroite corrélation entre la toxicomanie, les privations sociales et les problèmes personnels/familiaux. Des signes récents d'une reprise d'activité sur le marché des opioïdes et du cannabis. L'activité de la police s'est aussi intensifiée. Peu de cocaïne. Légère hausse de la consommation de cannabis au cours des années 80.

Genève: l'expansion de l'héroïnomanie a commencé dans les années 70 et s'est accélérée pendant les années 80. Les tendances actuelles ne sont pas claires, encore qu'il convienne de noter la hausse du taux de mortalité et la baisse des prix de l'héroïne. La consommation de cocaïne a augmenté, tout comme celle des benzodiazépines en association avec d'autres drogues et de l'alcool. Taux élevé d'infection VIH chez les usagers de longue durée, mais le nombre de patients traités à la méthadone est resté stable et a baissé dans les cas les plus récents. A partir du milieu des années 80, grand changement dans la politique de lutte contre les effets nuisibles des drogues.

Hambourg: forte augmentation de l'héroïnomanie à partir de 1987, après plusieurs années de baisse de la consommation. Montée en flèche de la mortalité. Légère hausse de la consommation de cocaïne, mais le problème reste mineur en comparaison avec celui de l'héroïne. Consommation de cannabis stable, diminution du nombre d'arrestations après que la police eut révisé ses priorités en faveur de l'héroïne. Grand débat sur le rôle des mesures de répression et évolution des méthodes de lutte contre les risques liés aux drogues, dont le traitement de maintenance à la méthadone.

Helsinki: faible niveau de toxicomanie par rapport aux autres villes et en comparaison avec l'ampleur des problèmes d'alcoolisme. Très peu d'héroïne ou de cocaïne. Un peu de cannabis, consommation impropre de médicaments et de solvants. Indices d'une hausse récente de la consommation de drogues illicites, mais à des niveaux qui restent nettement inférieurs à ceux du début des années 70. Très répressive, la politique en matière de drogues suscite de vives discussions, y compris sur la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux remplacer les peines judiciaires infligées aux usagers de drogues par un traitement librement consenti.

Lisbonne: augmentation de l'héroïnomanie au cours des années 80, mais peu de données sont disponibles pour la période antérieure à 1987. Les indicateurs sont presque tous à la hausse, notamment les décès liés à la drogue. Les indicateurs de l'offre de cocaïne ont aussi augmenté ces dernières années, mais l'héroïne demeure le principal problème. Les cas de SIDA liés à la drogue ont augmenté et la prévalence de séropositivité est relativement élevée. Renforcement de la prévention.

Londres: augmentation de l'héroïnomanie au début des années 70/début des années 80, parallèlement à une expansion du marché clandestin. Stabilisation au milieu des années 80, mais signes d'un approvisionnement continu en héroïne et taux d'incidence relativement élevé. Accroissement des quantités de cocaïne sur le marché, un peu de "crack" dans certaines régions, et seulement une légère augmentation des problèmes de santé. Amphétamines plus répandues que la cocaïne. Depuis quelque temps, MDMA très demandée. Arrestations plus nombreuses, surtout à cause du cannabis.

Oslo: accroissement du nombre des saisies d'héroïne mais, d'après les indicateurs, situation plutôt stable, avec une population de toxicomanes qui va en vieillissant. Les indicateurs du marché des amphétamines sont à la hausse. On signale une consommation plus forte d'amphétamines, souvent en association avec d'autres drogues, dont l'héroïne, mais elle reste en dessous du niveau constaté au milieu des années 70. Hausse soudaine des décès liés à la drogue en 1990. Peu de cocaïne ou d'"ecstasy". Régression de la consommation de drogues chez les jeunes.

Paris: augmentation de l'héroïnomanie à la fin des années 70/début des années 80. Depuis, fléchissement du taux de croissance et léger vieillissement de la population des toxicomanes; mais le marché de l'héroïne reste actif et la fréquence de nouveaux usagers s'est maintenue, notamment depuis 1988. Les disponibilités de cocaïne se sont accrues, souvent en relation avec le marché de l'héroïne. La consommation impropre de médicaments licites, notamment de benzodiazépines et de codéine, a augmenté. Mortalité en hausse constante.

Rome: progression de l'héroïnomanie à la fin des années 70/début des années 80, suivie d'une certaine stabilisation. Depuis 1987, augmentation du nombre de demandes de traitement et des décès liés à la drogue. Taux élevé de contamination par le VIH chez les toxicomanes. Légère hausse sur le plan de la cocaïne (notamment d'après les indicateurs de l'offre).

Stockholm: consommation élevée (principalement d'amphétamines par voie intraveineuse) stable pendant les années 1980, vieillissement de la population de toxicomanes. Récemment, certains indices d'une consommation accrue d'héroïne, de cocaïne, de cannabis et d'amphétamines dans certains groupes. Taux de mortalité stable. Les jeunes tendent à consommer moins de cannabis. Le nombre d'arrestations a augmenté par suite d'une intensification des activités de police au niveau de la rue. La politique en matière de drogue devient plus stricte. Prévalence de séropositivité faible et stable.

3. Tendances d'après les indicateurs de la "demande"

Enquêtes: Les études sur les populations adultes sont relativement peu nombreuses; mais la plupart des villes ont quelques résultats d'enquêtes menées en milieu scolaire ou auprès des jeunes. La seule drogue pour laquelle la prévalence sur la vie est importante est le cannabis. Dans les villes/pays où l'on a effectué des enquêtes à répétition, la prévalence est apparue plutôt stable pendant les années 80. Des études ethnographiques, des études par recherche de cas et des études en boule de neige ont été réalisées dans certaines villes. Il est également fait état de divers autres travaux épidémiologiques.

Demandes de traitement: les données relatives aux demandes de traitement sont de meilleure qualité et plus cohérentes, mais des différences importantes subsistent entre les villes sur le plan de la collecte de données. La plupart des villes ont enregistré une progression pendant la première moitié des années 80, suivie d'une stabilisation ou d'un déclin. Dans certains cas, la tendance à la hausse s'est maintenue. Les opiacés représentent la composante dominante, sauf dans quelques villes scandinaves.

Autres indicateurs de santé: dans la plupart des villes, les admissions dans les hôpitaux et l'hépatite virale ne sont pas considérées comme des indicateurs vraiment utiles. Des données sont fournies sur les cas de contamination par le VIH et de SIDA, mais elles ne font pas l'objet d'un examen très approfondi, ces aspects étant couverts par d'autres rapports (par exemple, par ceux de l'OMS). Les indicateurs diffèrent considérablement d'une ville à l'autre. Plusieurs d'entre elles envisagent d'élaborer un indicateur fondé sur les urgences non mortelles liées à la drogue.

Décès liés à la drogue: les tendances de la mortalité liée à la drogue sont difficiles à interpréter, et on aurait tort de supposer qu'elles sont directement proportionnelles au niveau de toxicomanie. En outre, les différences dans les définitions et dans la collecte de données sont telles qu'il est difficile d'établir des comparaisons directes entre les villes. Dans la majorité d'entre elles, le nombre de décès liés à la drogue a augmenté, parfois assez nettement, pendant la seconde moitié des années 80. Il n'y a pas, semble-t-il, d'explication unique (comme par exemple un groupe vieillissant de toxicomanes) qui puisse s'appliquer facilement à toutes les villes.

Arrestations: comme c'est le cas avec d'autres indicateurs, des différences sur le plan de la législation, de l'organisation de la police, des mesures mises en oeuvre et des pratiques d'enregistrement rendent difficile la comparaison directe entre les données fournies par les villes. Dans la plupart d'entre elles, le nombre d'arrestations pour infraction à la législation sur les drogues a augmenté vers la fin des années 80. Dans de nombreux cas, cela tenait plus à une intensification des activités policières (au niveau du consommateur et du revendeur) qu'à une plus forte consommation de drogue. Il y a des différences marquées entre les villes quant à la nature des drogues en cause - dans certaines d'entre elles c'est l'héroïne qui domine, dans d'autres c'est le cannabis. La proportion de cocaïne et d'amphétamines varie aussi considérablement d'une ville à l'autre.

Emprisonnements: les données concernant le nombre de personnes emprisonnées pour infraction à la législation sur les drogues renseignent davantage sur les mesures judiciaires que sur les tendances de la consommation de drogues. Il existe des disparités importantes entre les villes en ce qui concerne le pourcentage de personnes condamnées à la prison pour ce type de délit, ou de toxicomanes identifiés comme tels dans la population carcérale et en ce qui concerne les tendances temporelles.

4. Tendances d'après les indicateurs du "marché"

Saisies de drogues illicites: les quantités de drogues saisies reflètent les ressources et l'efficacité des services de répression, fournissent des indications sur les circuits du trafic international et sur l'ampleur possible des marchés clandestins. Les variations de l'ordre de grandeur observées dans différentes villes ou différents pays peuvent indiquer des changements d'ensemble sur le plan de l'offre, mais on ne saurait pour autant en déduire une corrélation entre les quantités saisies et le niveau de consommation. Les nombres de saisies effectuées par la police locale peuvent en dire long sur les disponibilités de différentes drogues, mais cet élément varie aussi en fonction des priorités de la police.

Dans la plupart des pays, les quantités d'héroïne saisies ont augmenté depuis 1985, et celles de cocaïne encore plus. Elles restent toutefois modestes en Irlande et en Scandinavie. Les saisies d'amphétamines ne sont importantes que dans certains pays nordiques. Les quantités de cannabis sont variables, avec une tendance à la hausse depuis quelques années.

Prix et degré de pureté des drogues illicites: les données relatives au prix et au degré de pureté peuvent aider à interpréter les données sur les saisies. Il n'y a pas de consignes uniformes pour la collecte de données sur les prix; aussi convient-il de manier les données comparatives avec prudence. Cela dit, il semble que les prix "trottoir" au détail de l'héroïne et de la cocaïne soient plus élevés dans les villes scandinaves et à Dublin que dans les autres villes. Dans la plupart d'entre elles, les prix de ces deux drogues sont soit stables soit en baisse depuis 1985. La prise en compte de l'inflation impliquerait une chute importante des prix de ces drogues. Pendant la même période, les données fournies par un petit nombre de villes donnent à penser que le degré de pureté de ces deux drogues est resté assez constant ou a été amélioré (généralement 40 % pour l'héroïne et 60 % pour la cocaïne en 1990/91). En rapprochant ces données de celles relatives aux saisies, on constate, à quelques exceptions locales près, que le plus grand nombre de saisies n'a eu qu'une faible incidence sur les disponibilités par rapport à la demande.

5. Conclusions

Tendances historiques: dans presque toutes les villes, la consommation de drogues, principalement de cannabis - sans oublier le LSD, les amphétamines et l'opium -, est devenue un important phénomène social dans les années 60/début des années 70. Certaines villes avaient observé une consommation d'amphétamines à des fins non médicales dès les années 50. Au cours des années 70, la consommation de cannabis et de LSD s'est stabilisée, puis a diminué.

Depuis le milieu ou la fin des années 70, le fait le plus marquant observé dans de nombreuses villes a été la progression fulgurante de l'héroïnomanie. Les seules exceptions ont été Stockholm, où l'injection d'amphétamines demeure le principal mode de consommation de drogues à risque, et Helsinki. Certaines villes ont signalé des cas isolés de consommation de cocaïne, d'autres villes faisant état de la consommation de barbituriques ou de solvants, etc.

Tendances de la consommation de drogues et de la toxicomanie dans les années 80: du début au milieu des années 80, la prévalence d'héroïne s'est apparemment stabilisée dans toutes les villes, quoique à des niveaux nettement supérieurs par rapport à la décennie précédente. Depuis 1985, les tendances varient d'une ville à l'autre. Dans certaines d'entre elles - Amsterdam, Dublin et la plupart des villes scandinaves -, le niveau de toxicomanie semble s'être stabilisé ou avoir légèrement diminué. Dans d'autres, notamment à Hambourg, la prévalence a brusquement augmenté après 1987. Il se peut que vers la fin des années 80, d'autres villes comme Genève, Lisbonne, Paris et Rome aient aussi enregistré une plus forte prévalence.

Les quantités de cocaïne saisies ont augmenté au cours des années 80, en particulier dans la seconde moitié de la décennie. Cela étant, dans toutes les villes, la cocaïne, bien qu'il y ait une modeste progression dans certaines villes, ne représente toujours qu'une petite part d'après les indicateurs de la "demande". Les données d'enquête et les études en boule de neige réalisées dans certaines villes font apparaître une prévalence relativement faible dans la population globale, où la consommation de drogues serait plus intermittente que compulsive. Dans certaines villes, il n'y a, semble-t-il, de vrai problème de cocaïne que chez les héroïnomanes. Il est fait état de consommation de "crack", spécialement à Londres, mais aussi à Amsterdam et Paris, et plus rarement dans les autres villes.

C'est surtout dans les villes du nord de l'Europe que l'on signale des cas de consommation d'amphétamines. Les disponibilités d'amphétamines fabriquées illégalement semblent avoir augmenté depuis 1985. La MDMA (ecstasy) se vend aussi davantage dans plusieurs villes.

Au cours des années 80, les solvants sont devenus un problème dans un petit nombre de villes. Plus nombreuses sont celles à avoir signalé une consommation impropre de divers médicaments, tels les benzodiazépines, d'autres sédatifs et somnifères, des composés de codéine et autres opiacés de synthèse (par exemple, la buprenorphine), souvent pris en association avec de l'alcool.

Le cannabis reste partout la drogue la plus couramment consommée. La prévalence semble stable ou sur le déclin dans la plupart des villes, encore qu'une légère augmentation ait été récemment signalée. Le cannabis est rarement mentionné dans les indicateurs de traitement ou de santé, et cela vaut pour presque toutes les villes.

On constate des différences importantes entre les villes quant au mode d'administration utilisé par les toxicomanes. Dans plusieurs d'entre elles, on tend à abandonner le mode par injection.

Caractéristiques sociales et démographiques: les enquêtes ont mis en évidence un net effet d'âge, qui va en s'accroissant lors du passage à l'adolescence et à l'état de jeune adulte, puis en diminuant. La plupart des villes notent un certain vieillissement des populations de toxicomanes, mais de nouveaux cas continuent d'apparaître régulièrement.

D'après les données relatives à la population de toxicomanes, les hommes seraient plus fortement représentés que les femmes selon des rapports variant de 2:1 à 4:1. Cependant, les résultats d'enquête montrent des rapports plus équilibrés dans la population globale et chez les jeunes.

Les niveaux de consommation de drogues illicites/toxicomanie sont plus élevés dans les villes qu'ailleurs. S'agissant des drogues "licites" (par exemple, consommation impropre de solvants ou de médicaments), la situation semble différente. Certaines villes présentent une étroite corrélation entre la toxicomanie, les indicateurs de condition sociale et économique modeste et une situation de relative privation, corrélation apparemment absente ou inversée dans les profils de consommation de drogues établis par certaines enquêtes portant sur la population globale.

Dans certaines villes, les membres des minorités ethniques sont représentés de façon disproportionnée dans les populations de toxicomanes. De même, on signale dans quelques villes l'apparition de consommation de drogues chez les jeunes immigrés et les enfants d'immigrés. D'autres villes font état d'une augmentation de la proportion de ressortissants étrangers arrêtés pour trafic de drogues. Trop souvent, les termes "étranger", "émigré" et "minorité ethnique" sont utilisés de manière imprécise ou comme s'ils étaient interchangeables.

Tendances sur les marchés clandestins: le marché de l'héroïne se serait apparemment développé et professionnalisé dans de nombreuses villes au cours des années 80. Après un semblant de répit au milieu des années 80, ce marché aurait connu une nouvelle expansion depuis 1988. Cependant, il demeure modeste en Scandinavie et en Irlande. Cela peut éventuellement s'expliquer par la plus petite population de ces pays et par la distance qui les sépare des grands réseaux d'importation et d'approvisionnement européens.

Le marché de la cocaïne s'est aussi développé dans la plupart des villes, mais le "fossé" entre les indicateurs de l'offre et de la demande reste totalement inexplicé. Il est à noter que l'on trouvait de la cocaïne sur le marché clandestin dans plusieurs villes pendant les années 70 et au début des années 80. Le marché illicite d'amphétamines et de MDMA semble, lui aussi, s'être développé dans certaines villes depuis 1985.

Quelques conséquences de la consommation de drogues: comme on l'a dit plus haut, plusieurs villes signalent une augmentation importante du nombre de décès liés à la drogue. Les cas de SIDA liés à la drogue continuent de se multiplier, mais la séroprévalence du VIH semble stable ou en baisse dans quelque villes.

Evolution des principes d'action: le SIDA et l'infection par le VIH ont eu une incidence considérable sur l'action de nombreuses villes dans le domaine des drogues. Celles-ci ont notamment intensifié leurs efforts pour inciter les usagers de drogues à suivre un traitement ou pour réduire les comportements à risque par diverses mesures éducatives et de lutte contre les risques liés aux drogues: activités d'approche, traitement par la méthadone, échanges de seringues, formation de professionnels, action communautaire, etc. Cette tendance s'est notamment traduite par l'expansion de méthodes largement participatives et intersectorielles dans les domaines de l'éducation, de la prévention et de l'offre de services.

En même temps, les mesures de répression et les efforts pour faire appliquer les lois se sont intensifiés dans de nombreuses villes, même si cela n'est pas vrai partout. Ces tendances sont parfois incompatibles avec les objectifs de la lutte menée contre les risques liés aux drogues. L'équilibre entre ces deux tendances trouve son expression dans différents "panachages" des mesures mises en oeuvre dans différents pays ou différentes villes, et dans les discussions sur les orientations futures de la politique en matière de drogues.

Systèmes d'information et types de recherche: la plupart des villes ont mis au point, ou sont en train de développer des systèmes de notification des traitements. Elles recueillent presque toutes des données régulières sur les décès liés à la drogue et sur les arrestations, et elles le font toutes à propos des saisies de drogues illicites et des poursuites judiciaires. D'autres indicateurs sont utilisés de manière moins systématique. La plupart des villes disposent de résultats d'enquête, mais les enquêtes varient souvent selon les circonstances et les méthodes utilisées. D'autres recherches ont été réalisées au cours des années 80.

Des travaux se poursuivent en permanence au sein du Groupe Pompidou pour accroître l'utilité et la comparabilité des données relatives aux enquêtes sur la population globale, aux méthodes d'échantillonnage en boule de neige, aux demandes de traitement, aux arrestations, aux décès et urgences liés à la drogue, ainsi qu'aux indicateurs du marché concernant les prix et le degré de pureté des drogues illicites. On s'efforce aussi de mener des études comparatives sur les questions ayant trait à la prévalence.

Plusieurs villes d'Europe centrale et orientale sont en train de rejoindre le réseau multi-villes. Cette évolution apportera une nouvelle dimension aux travaux du Groupe.

Tendances actuelles et questions pour l'avenir: les taux stables ou en baisse de l'infection par le VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse dans certaines villes, les rapports attestant une diminution des comportements à risque et la preuve que de nombreuses méthodes de lutte contre les risques liés à la drogue peuvent aider à endiguer la propagation du VIH, font ressortir la nécessité de poursuivre les efforts dans ce sens.

L'augmentation du nombre d'usagers par voie intraveineuse déjà séropositifs qui développent le SIDA confirme la nécessité d'anticiper les demandes qu'ils adresseront aux services.

Les changements sociaux, économiques et politiques en Europe pourraient avoir une forte incidence sur la consommation et les marchés de la drogue au cours des prochaines années. Il est possible que plusieurs groupes de population soient particulièrement vulnérables dans cette phase de bouleversement. Cela pose des questions complexes. Il convient par exemple que la prévention et des interventions d'une autre nature visent plus loin que l'individu, la famille ou l'école et tiennent compte du contexte plus vaste du développement social et urbain.

Il convient notamment d'examiner d'une façon plus systématique et plus sensible les questions que soulèvent la consommation et le trafic de drogues, l'immigration, les minorités ethniques et le racisme.

Il est peu probable que les marchés clandestins et les disponibilités diminuent dans un avenir proche; ils risquent au contraire de connaître une expansion. Cela pose d'importantes questions touchant à la prévention, y compris la prévention secondaire, et au rôle des services de répression, notamment au niveau du consommateur et du contact consommateur/revendeur. La nécessité de concevoir des méthodes d'analyse et d'examen plus cohérentes dans ce domaine est mise en évidence par les oppositions évoquées plus haut entre, d'une part, les activités éducatives, la lutte contre les risques liés aux drogues et le traitement et, d'autre part, l'intensification des activités de police.

Enfin, l'amélioration de la comparabilité des données est un long processus. Les travaux doivent se poursuivre dans ce domaine, notamment pour constituer un cadre plus cohérent et d'une conception théorique solide, permettant des comparaisons pertinentes non seulement entre les profils de l'abus de drogues, mais aussi entre les politiques en matière de drogues et les données sur l'impact des interventions.

1. INTRODUCTION

1.1 Genèse de l'étude multi-villes

L'étude multi-villes a commencé en 1983. Le premier rapport, "Etude multi-villes sur l'abus de drogues", a été publié en 1987 et comprenait les rapports de sept villes (Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Paris, Rome et Stockholm), ainsi qu'un aperçu général et un rapport technique sur les indicateurs de l'abus de drogues. Les données couvraient la période de 1983 à 1985.

L'étude multi-villes a deux principaux objectifs. Le premier consiste à améliorer la qualité, l'utilité et la comparabilité des indicateurs de l'abus de drogues. Une approche par ville a été adoptée du fait qu'il n'est pas possible, à cet échelon, de réaliser une étude pilote ni de mener des travaux de recherche fondamentale, et qu'il est plus facile de prendre en compte les différents facteurs requis pour l'interprétation des données. Le deuxième objectif est de constituer un réseau de grandes villes européennes qui serait un mécanisme de surveillance et d'interprétation des tendances. Dans un premier temps, les objectifs étaient surtout méthodologiques - comment comparer la situation de la drogue dans différentes villes tout en tenant compte des circonstances propres à chacune d'elles. Pour important que soit cet aspect, on s'efforce désormais de tirer des conclusions de fond (même si elles n'ont souvent qu'une valeur indicative) sur la nature et les tendances de l'abus de drogues dans les villes. Il ne s'agit pas de remplacer les données nationales, mais plutôt de compléter le tableau national de caractère général par des données plus "pointues" recueillies à l'échelon local. Cette approche se justifie aussi du fait que c'est souvent dans les grandes villes que les nouvelles tendances apparaissent en premier.

A la demande des Correspondants Permanents, des travaux ont été effectués en vue d'améliorer la qualité et la comparabilité des indicateurs-clés identifiés dans le précédent rapport. Ainsi, d'importants travaux de conception ont été entrepris sur les systèmes de notification des traitements et sur l'indicateur des premières demandes de traitement. Plus récemment, des travaux ont commencé sur d'autres indicateurs, dont les arrestations, le rapport prix/pureté des drogues et les urgences non mortelles. Une étude sur les décès liés à la drogue a été réalisée pour la Commission des Communautés Européennes, avec la participation de membres de ce groupe. Ce travail est considéré comme complémentaire d'autres activités des experts en épidémiologie, telles que la mise au point d'un instrument d'enquête en milieu scolaire et l'examen des méthodes appliquées à l'étude des problèmes de cocaïne.

Les travaux relatifs à l'étude multi-villes se sont poursuivis depuis 1987 par le biais de réunions semestrielles ordinaires, dans le contexte plus vaste du Groupe d'experts en épidémiologie, et de réunions techniques plus restreintes. La plupart des villes ont fourni de temps à autres des informations à jour, mais ces données n'ont pas encore fait l'objet d'une synthèse systématique. Le but est d'étendre et d'officialiser ce réseau, en apportant des améliorations à la collecte de données à mesure que progressent les travaux techniques et méthodologiques. Il en ressortira notamment un résumé annuel des principales tendances de l'abus des drogues, ainsi que des rapports techniques sur certains aspects des indicateurs.

1.2 Objectifs du présent rapport

La situation a évolué depuis le premier rapport. Des problèmes comme le SIDA et la cocaïne ont pris de l'ampleur, des bouleversements sociaux et économiques sont survenus en Europe occidentale, et des soulèvements politiques en Europe orientale ont suscité des questions nouvelles. Le Groupe d'experts en épidémiologie s'est agrandi, et le nombre de villes entrant dans l'étude multi-villes a doublé.

Les politiques en matière de drogues ont aussi évolué depuis le précédent rapport. On peut distinguer deux thèmes aussi vastes que contrastés. Le premier c'est la tendance de certaines d'entre elles à devenir plus répressives, notamment aux fins de la "réduction de l'offre", même si dans certains pays cette tendance se traduit par des mesures contre les usagers de drogues. Le second thème est le surplus d'attention accordé aux mesures de lutte contre les risques liés aux drogues, notamment contre les risques de SIDA. Cette démarche a motivé des interventions qui sont d'une certaine manière en contradiction avec les mesures de répression. Le traitement d'entretien par la méthadone, les échanges de seringues, l'initiation à un usage sans risque de la drogue, qui est apparue et s'est développée dans de nombreux pays, ne vont pas bien de pair avec les demandes d'abstinence implicites dans la philosophie de la répression.

Ces deux tendances influent sur les indicateurs à la base du présent rapport. Le déploiement de ressources de plus en plus importantes aux fins de la répression à l'échelon local et national de certains pays, la sophistication croissante des moyens mis en oeuvre et la collaboration de plus en plus étroite qui caractérisent la politique d'interdiction sur le plan international rendent nécessaire une réévaluation de l'interprétation d'indicateurs tels que les arrestations ou les saisies de drogues illicites. De même, le concept de "traitement" a désormais une acception plus large, qui a modifié le sens des indicateurs fondés sur cet élément.

On notera aussi deux nouvelles tendances. La première consiste à accorder une plus grande attention à la prévention, primaire et secondaire. Dans ce domaine, on observe une évolution vers des approches communautaires qui font une place plus importante aux modes de vie sains au sens large. La seconde se caractérise par une vision plus large de l'abus de drogues, au delà de la seule opiomanie, considérée comme appelant une réponse médicale spécialisée, vision qui s'étend aux problèmes liés aux substances psychotropes, lesquels nécessitent une approche plus globale, pluridisciplinaire, recouvrant l'ensemble des services sanitaires, sociaux et éducatifs. Ces changements soulèvent aussi des questions importantes quant à la portée et aux thèmes des futurs travaux épidémiologiques.

Il était donc temps d'établir un nouveau rapport qui incorpore les études réalisées depuis 1987 et donne un aperçu des tendances de l'abus de drogues au début des années 90.

Le présent rapport est consacré aux données comparatives concernant les tendances de l'abus de drogues pendant la dernière décennie, et plus particulièrement depuis 1985. Il n'est pas encore possible d'établir des comparaisons directes et fiables entre les données des différentes villes concernant la prévalence de l'abus de drogues.

1.3 Limites méthodologiques

Généralités

Il n'est pas facile d'obtenir des informations fiables et valables sur la nature et l'étendue de l'abus de drogues et sur ses conséquences. L'usage de drogues est souvent stigmatisé et illégal, et généralement associé à toute une série d'autres activités illégales et socialement déviantes. Certains modes de consommation de drogues (par exemple, par injection) sont peu répandus dans la population globale, mais lorsqu'ils sont concentrés dans des groupes bien définis, ils peuvent avoir des conséquences démesurées par rapport à l'importance numérique du groupe, en termes de coûts afférents aux services communautaires, aux services de soins de santé et à des institutions comme les prisons. Cependant, le fait de prendre comme paramètres ces aspects plus visibles de la consommation de drogues risque de fausser les conclusions qui ne valent pas pour les populations d'usagers cachées, plus insaisissables, et parfois plus nombreuses.

Il est également difficile d'établir des comparaisons valables et significatives entre les différents pays et les différentes villes. Cela s'explique en partie par les traditions historiques de collecte, d'enregistrement et de communication des données. D'une manière plus fondamentale, il existe parfois des différences importantes entre les pays, aussi bien sur le plan des structures juridiques et administratives que dans l'organisation des soins de santé, des services sociaux, des services de répression, des institutions chargées de l'application des lois et des institutions judiciaires et sociales. Elles ne font elles-mêmes que refléter d'autres différences profondes sur le plan de l'histoire, de la culture et des attitudes à l'égard des "problèmes sociaux" en général et de l'usage de drogues en particulier. Même en Europe occidentale, il existe des différences importantes dans la perception de "l'abus de drogues" et dans la manière de le caractériser et de le définir. Ces différents contextes (par exemple, médical, pénal, social, psychologique, économique ou moral) peuvent engendrer des définitions assez différentes de termes comme "usager de drogues", "abus de drogues" ou "toxicomane".

Compte tenu des difficultés inhérentes à l'étude de ce phénomène et à l'établissement de comparaisons, l'interprétation des données est d'une importance capitale. Cette tâche exige prudence et esprit critique, et que l'on fasse bien attention aux définitions et aux contraintes méthodologiques. Cela nous conduit à admettre trois grands principes dans l'optique de l'étude multi-villes.

Le premier principe est que les données quantitatives, bien que nécessaires, ne suffisent pas pour comprendre l'abus de drogues dans une ville ou pour faire des comparaisons entre les villes. Il est également nécessaire de préciser le sens de ces données dans le contexte où elles ont été recueillies. En d'autres termes, il faut prendre en compte les structures et les modalités d'action politiques, juridiques, médicales et sociales, ainsi que la situation culturelle et socio-économique, et intégrer davantage de données qualitatives permettant de bien comprendre les antécédents, le comportement, le point de vue et les procédés des sujets concernés, qu'il s'agisse des usagers de drogues, du personnel chargé de les traiter ou des policiers.

Le deuxième principe est qu'il faut expliciter les définitions des termes-clés utilisés dans les rapports de villes et les critères appliqués à la collecte et à la communication des données. Il s'agit notamment de préciser quelles sont les drogues en cause, pendant quelle période, quelle est la population couverte par le rapport, si les données se réfèrent à des personnes ou à des événements, etc. Une partie importante des travaux réalisés au titre de sous-études portant sur divers indicateurs consiste à améliorer le plus possible la comparabilité des données. Cependant, même s'il n'est pas possible d'atteindre entièrement cet objectif, les interprétations et les comparaisons demeurent possibles tant que les critères utilisés sont compris et leurs différences bien clarifiées (ainsi que les différences de contexte évoquées dans le paragraphe précédent).

Le troisième principe est que toute source d'information ou méthode ne reflète que certains aspects choisis du phénomène et qu'il est indispensable de combiner diverses méthodes afin de dresser un tableau fiable en trois dimensions. On peut de cette manière équilibrer les forces et les faiblesses des différentes méthodes et vérifier les résultats obtenus par une méthode à la lumière des résultats obtenus par d'autres méthodes.

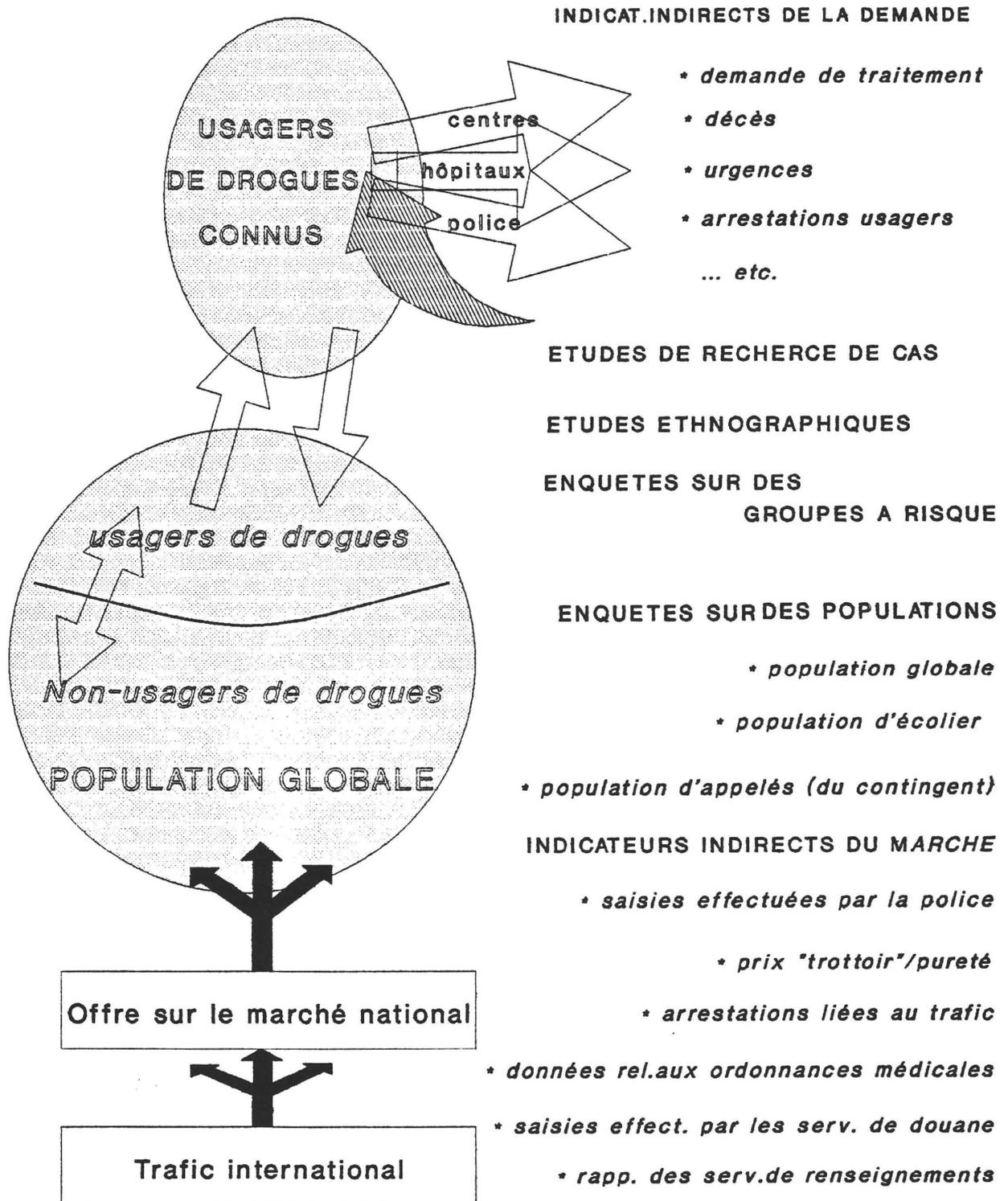
Le diagramme de la page suivante représente une esquisse de cadre conceptuel pour les indicateurs et les autres méthodes et sources d'information. Les aspects de ce cadre conceptuel concernant les indicateurs indirects, et certaines des implications pour l'établissement de comparaisons entre les villes, ont été décrits dans le précédent rapport de l'étude multi-villes (*Etude multi-villes sur l'abus de drogues, Rapport final, Section 2: Rapport technique sur les indicateurs de l'abus de drogues dans les sept villes et recommandations pour le contrôle futur*, en particulier le chapitre 3, Une structure intégrée?: possibilités et limites, pages 36-51). Le chapitre 2 du même rapport présente un examen critique des différents indicateurs. Certains des principaux avantages et inconvénients des différentes méthodes sont résumés ci-après.

Avantages et inconvénients des méthodes choisies

Les méthodes fondées sur la population telles que les enquêtes peuvent viser à mesurer le comportement, à évaluer les connaissances, les attitudes, les croyances et les relations entre le mode de vie et d'autres facteurs, d'une part, et l'usage de drogues, d'autre part, à partir d'un échantillon représentatif de la population globale. Elles sont parfois limitées à certaines tranches d'âge telles que les enfants en âge scolaire ou les jeunes. L'un des avantages de ces méthodes est qu'elles sont le seul moyen d'obtenir des mesures relativement directes couvrant l'ensemble de la population. Mais elles sont moins fiables pour recenser les modes relativement rares ou hautement stigmatisés de consommation de drogues (par exemple, toxicomanie ou injection de drogue par voie intraveineuse). Elles ont aussi tendance à négliger ou à sous-représenter d'importants groupes à risque tels que les groupes marginaux, les habitués de l'école buissonnière ou les détenus. Les résultats peuvent varier en fonction de la manière dont l'enquête a été conduite (conception des instruments, échantillonnage, collecte de données, formation des agents recenseurs, taux de non-réponse, etc.). Il est souvent difficile d'évaluer le degré de distorsion des résultats et encore plus difficile d'établir des comparaisons directes entre pays. Celles-ci, lorsqu'elles sont établies à intervalles réguliers et selon une méthodologie cohérente, peuvent être très utiles pour fournir des informations moins biaisées sur les tendances.

L'étude de groupes à haut risque, tels que les sans-abri ou les groupes marginaux, sera plus efficace si l'on mène des enquêtes ciblées. Cela dit, il est souvent difficile de trouver le dénominateur commun au groupe étudié, et l'interprétation des données gagne à s'appuyer sur les taux enregistrés pour la population globale. De même, les études ethnographiques, qui se heurtent à certains problèmes identiques de "généralisabilité", sont néanmoins une source de données utiles pour comprendre le comportement, les modes d'évolution, la dynamique et l'état d'esprit des groupes d'usagers de drogues, ainsi que les conséquences de l'usage de drogues.

STRUCTURE CONCEPTUELLE POUR LES INDICATEURS



Les enquêtes fournissent généralement des informations sur l'usage de drogues au sein de la population globale ou de segments de celle-ci. Les méthodes axées sur les populations consommatrices de drogues sont plus souvent utilisées pour étudier les modes à risque de consommation de drogues et leurs conséquences. Elles comprennent des études de cas, des registres cumulatifs des usagers déclarés (souvent "toxicomanes"), des systèmes de notification et des indicateurs indirects tels que ceux figurant dans le présent rapport, des études ethnographiques et des techniques nominatives et d'aiguillage en chaîne telles que l'échantillonnage en boule de neige. S'il est vrai que chacune de ces méthodes fournit des informations que l'on ne pourrait obtenir à l'aide de méthodes axées sur la population, elles souffrent d'autres limites. Un problème commun à ces méthodes est qu'il est difficile de généraliser au delà des populations couvertes par les données d'enquête, même s'il est possible de compléter ces méthodes par des modèles statistiques et des projections qui ont pour but de fournir des estimations plus générales.

Les indicateurs indirects tels que les demandes de traitement, les décès ou les arrestations sont couramment utilisés pour surveiller les tendances de divers aspects "à problèmes" (souvent les séquelles) de l'usage de drogues; on pense qu'ils traduisent - du moins dans le passé - les modes d'évolution les plus préoccupants des profils de consommation de drogues. D'autres indicateurs indirects du "marché" tels que les saisies ou le rapport prix/pureté sont souvent utilisés parce qu'ils reflètent, pense-t-on, les variations dans l'approvisionnement et les disponibilités des différentes drogues. Etant donné la place importante que tiennent les indicateurs indirects dans l'étude multi-villes, ils appellent quelques remarques générales quant à leurs applications et leurs limites. On trouvera les remarques pour chaque indicateur aux chapitres 3 et 4 du présent rapport.

La plupart des indicateurs indirects sont fondés sur des systèmes de notification qui répondent aux divers besoins administratifs de différents organismes tels que l'administration de la santé publique, la police, etc. Leur principal avantage est que (dès l'instant où il existe une pratique de notification administrative) les données sont disponibles à relativement peu de frais ou sans dépense supplémentaire, et qu'elles continuent d'être fournies à intervalles réguliers et sur une base généralement cohérente. Il n'y a pas beaucoup d'autres sources d'information capables de refléter les tendances dans une perspective temporelle, à la fois sur un plan historique et prospectif.

Les principales limites des indicateurs indirects se situent sur le plan de la validité. Ils peuvent refléter les tendances de l'abus de drogues, mais ils sont aussi influencés par d'autres facteurs. Notamment: les réponses institutionnelles, les lignes d'action et les priorités (par exemple, les ressources allouées au traitement ou à la répression, l'introduction de traitements à seuil minimum d'admission ou la plus grande attention accordée par la police aux usagers d'héroïne de la rue); les caractéristiques du système de notification (couverture de sources et de cas, procédures d'enregistrement, conformité et fiabilité); et des circonstances extérieures telles que les disponibilités de drogues ou les attitudes à l'égard des institutions. Etant donné que la plupart des indicateurs de la "demande" fournissent des mesures des diverses conséquences plus graves de l'usage de drogues, il y a souvent un décalage (parfois de plusieurs années) entre le moment où le profil de consommation de drogues évolue et le moment où cette évolution est reflétée par les indicateurs.

D'où la nécessité de suivre les principes indiqués ci-dessus et d'interpréter les indicateurs indirects en tenant compte des caractéristiques des institutions et des systèmes de notification qui génèrent les données, afin d'évaluer les données en termes de fiabilité et les éventuels facteurs de distorsion, d'utiliser un ensemble d'indicateurs et de comparer ces données avec les informations obtenues par d'autres méthodes.

2. PROFILS DES VILLES: INDICATEURS DANS LE CONTEXTE LOCAL

2.1 CONCEPT A LA BASE DES RAPPORTS DE VILLES

Le concept à la base de l'étude multi-villes est qu'un expert de chaque ville présente les données de sa ville et les interprète à la lumière de ses connaissances de la situation locale. La méthode "présentation de cas" est importante car les données en elles-mêmes n'ont de sens que dans le contexte approprié. La comparabilité des données ne constitue pas une fin en soi, mais elle est un moyen de faciliter leur examen et de comprendre les similitudes et les différences entre les villes. Aussi les experts sont-ils encouragés à présenter toutes données importantes pour caractériser dans ses traits essentiels la situation de leur ville. Cela dit, il leur faut aussi suivre un même plan uniforme et utiliser le même jeu d'indicateurs-clés et, autant que possible, les mêmes définitions pour les besoins de la comparaison.

Comme il est indiqué à la section 1.4, il convient de souligner que toutes les enquêtes et tous les indicateurs utilisés dans les villes ont des limites méthodologiques et que les données reflètent les lignes d'action, les priorités et les moyens mis en oeuvre pour influencer sur la consommation de drogues et sur les tendances en la matière. On trouvera, dans les profils de villes indiqués ci-après, des remarques spécifiques sur ces limites, qui seront examinées plus en détail aux chapitres 3 et 4 du présent rapport.

Ce chapitre contient des résumés des principaux points signalés dans chaque rapport de ville. L'Annexe II présente sous forme graphique les profils de chaque ville à travers les différents indicateurs des drogues posant le plus de problèmes dans la ville considérée. Ce sont le plus souvent les opiacés. Pour chaque ville est établi un graphique représentant les indicateurs du "marché", les indicateurs de la "demande" et d'autres indicateurs utiles. Pour comparer dans une perspective temporelle les tendances propres aux différents indicateurs, on a choisi une année indiciaire appropriée, à laquelle on a attribué la valeur 100. Ainsi les graphiques montrent-ils les variations par rapport à cette année indiciaire. L'année indiciaire choisie pour chaque ville se situe le plus possible dans le début des années 80, en fonction des données disponibles.

Le tableau I de l'Annexe III fournit des données démographiques sur la population de chaque ville.

Il n'est pas possible, à travers ces données succinctes, d'exposer tous les aspects de l'abus de drogues pour chaque ville. Aussi les lecteurs sont-ils invités à lire les différents rapports de villes qu'ils peuvent se procurer en s'adressant au secrétariat du Groupe Pompidou à Strasbourg.

2.2 Amsterdam (population en 1991: 703 000 habitants)

Amsterdam est la capitale des Pays Bas.

Politique

Le principal objectif de la politique néerlandaise en matière de drogues consiste à réduire les risques que les usagers représentent pour eux-mêmes, pour leur environnement immédiat et pour l'ensemble de la société. La méthode utilisée pour atteindre cet objectif se situe sur un plan global et pragmatique. Bien que la législation et la répression soient des composantes de cette politique, on estime important de veiller à ce qu'elles ne causent pas plus de dommage que les drogues elles-mêmes. La consommation de drogues n'est pas criminalisée. On fait une nette distinction entre le cannabis, dont l'usage et le trafic à petite échelle sont tolérés, et les drogues présentant des "risques inacceptables" (héroïne, etc.). De même, on fait clairement la différence entre usagers et trafiquants de drogues. La coordination de la politique nationale en matière de drogues relève du Ministère de la protection sociale, de la santé et des affaires culturelles. Depuis 1974, il existe aussi un Groupe directeur interministériel sur l'abus de drogues, qui couvre aussi l'alcoolisme.

S'agissant de la prévention, les efforts pour réduire la demande s'inscrivent dans le contexte plus large des mesures sociales et socio-économiques qui visent à réduire les facteurs associés à des problèmes comme la toxicomanie (privations, conditions de vie précaires, discrimination raciale, inégalités sociales, etc.). L'éducation en matière de drogues tend à éluder l'aspect sensationnel du problème et à incorporer des informations sur les risques liés à l'abus de drogues, au même titre que l'alcoolisme et le tabagisme, en adoptant une démarche plus générale qui consiste à promouvoir un comportement sain et des aptitudes à vivre en société pour maîtriser les risques de la vie en général.

La prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues exige certaines mesures prioritaires: maintenir le contact avec les toxicomanes par le biais de traitements, de programmes de maintenance à la méthadone, d'activités d'approche; fournir des préservatifs et des seringues dans le cadre de vastes programmes d'échange; faciliter l'accès au système de soins complets; assurer des services de conseil individuel pour encourager les individus à adopter des comportements moins risqués. Les "associations de toxicomanes" jouent un rôle important dans ces activités. On a également commencé à améliorer les activités de prévention dans les prisons.

Le traitement et la réadaptation sont là pour toucher le plus grand nombre possible de toxicomanes. Alors que l'objectif à long terme est d'aider le plus grand nombre à s'abstenir, le traitement n'est pas nécessairement axé sur l'abstinence, mais vise plutôt à aider les toxicomanes à améliorer leur état de santé, à mieux s'intégrer dans la société et à atténuer le mal qu'ils se sont fait à eux-même et à d'autres. Il existe toute une série de services (municipaux et non publics), y compris des méthodes hors-institution (relation d'aide; thérapie, maintenance à la méthadone, désintoxication, assistance aux toxicomanes dans les bureaux de police, etc.) ainsi que des services de traitement par sevrage complet en milieu hospitalier. Le deuxième objectif consiste à faire un plus grand usage des services généraux de santé et de protection sociale, notamment au niveau des soins de santé primaires, pour lutter contre la tendance à la stigmatisation. Divers services de protection sociale visent les jeunes, y compris les chômeurs, les minorités ethniques, les groupes marginalisés et les prostitué(e)s. Ces services ont des programmes à seuil minimum d'admission, des centres SOS-détresse, des programmes d'activités d'approche et de rencontre des toxicomanes et des structures de formation professionnelle.

Divers mécanismes recueillent des données sur l'abus de drogues. Il convient de citer notamment le Système central d'enregistrement de la méthadone, qui relève de la municipalité, et LADIS, base de données nationale pour les Centres de conseils en matière d'alcool et de drogues (installée au Centre Jellinck d'Amsterdam). La collecte de données par les services de police n'est pas jugée satisfaisante. En outre, les travaux réalisés à Amsterdam comprenaient des études de population, des enquêtes en milieu scolaire, des études en boule de neige, ainsi que des investigations sur les modes de vie, les marchés clandestins, les usagers de drogues de nationalité étrangère et les prostitué(e)s.

Profils de la consommation de drogues

La consommation de drogues - essentiellement du cannabis et du LSD - est apparue comme un élément culturel chez les jeunes des années 60. En 1970, un sous-groupe relativement modeste, appartenant aux classes sociales moyenne et haute, s'est trouvé plus nettement impliqué et a commencé à prendre d'autres drogues, dont l'opium et les amphétamines. Nombreux sont ceux qui ont commencé à s'en injecter. Au début des années 70, l'héroïne a fait son apparition sur le marché illicite et la consommation d'héroïne a commencé à prendre de l'ampleur. Pendant les années 70, le niveau de toxicomanie s'est considérablement élevé et s'est étendu à d'autres groupes sociaux, y compris des minorités telles que les Surinamais (qui avaient plus tendance à fumer qu'à s'injecter l'héroïne) et les Moluques. Les problèmes associés tels que la délinquance, la mauvaise santé, les surdoses et les perturbations de l'ordre social dans certains voisinages ont conduit les autorités à concevoir une ligne d'action globale visant à atténuer ces conséquences négatives pour l'individu et pour la société en constituant le vaste réseau de services sanitaires et sociaux esquissé ci-dessus. En 1983, la prévalence s'est accrue pour atteindre, selon les estimations, 8000 héroïnomanes, dont 20 % d'étrangers, parmi lesquels figuraient un important sous-groupe d'Allemands.

Selon les indicateurs de la demande et d'autres sources d'information, le taux d'incidence aurait diminué depuis 1982-84, et la prévalence se serait stabilisée et aurait éventuellement régressée ces dernières années. Le nombre de nouveaux cas enregistrés par le Système central d'enregistrement de la méthadone a fortement chuté après 1984 et serait stable depuis quelques années. Selon des estimations établies au début des années 90, la population vieillissante d'opiomanes (moyenne d'âge: 32-35 ans) compterait environ 5 à 7000 sujets. (On pense qu'environ un tiers d'entre eux seraient des non-résidents, ce qui donne un taux d'environ 450 à 700 pour 100 000 habitants). Seule une minorité de toxicomanes (environ 40 %) procèdent par injection. Le vieillissement de la population des toxicomanes chroniques est attesté par l'augmentation du nombre d'admissions dans les hôpitaux pour des problèmes organiques et des complications psychiques. Pendant plusieurs années, il n'y a eu aucun signe attestant d'une manière évidente un niveau important de consommation d'héroïne dans la génération plus jeune. Cependant, on a récemment signalé (information non confirmée) des fumeurs d'héroïne chez de jeunes Marocains de sexe masculin.

Bien que le marché de l'héroïne se soit développé et considérablement criminalisé dans les années 70, on a observé d'importantes augmentations des saisies d'héroïne au milieu des années 80, après que la hausse de la prévalence eut cessé, même si le nombre de saisies a diminué par la suite. Malgré ces variations, les prix "trottoir" ont baissé de manière continue pendant les années 80.

On trouve de la cocaïne à Amsterdam depuis le début des années 70. Il y a eu des indices d'un accroissement de la consommation au début des années 80. Depuis lors, les quantités saisies ont augmenté, comme dans d'autres pays, et il semblerait, d'après les renseignements fournis, que le problème de la cocaïne soit devenu plus fréquent chez les héroïnomanes. On signale aussi des cas de consommation de "crack" dans ce groupe et certains autres sous-groupes. Cela dit, les indications concernant la consommation de cocaïne à l'échelle de la population globale sont modestes.

Le niveau de consommation de cannabis est resté relativement stable pendant les années 80. Une enquête réalisée auprès des ménages en 1990 a révélé qu'au cours des 12 derniers mois, la prévalence au sein de la population globale (12 ans et plus) avait été de 10%, avec des taux plus élevés dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans (20%). L'usage d'autres drogues n'a été signalé que rarement, sauf en relation avec des modes de vie spécifiques. Récemment, il a été fait état d'une consommation accrue de MDMA et d'amphétamines dans certains groupes.

En septembre 1992, 2330 cas de SIDA ont été signalés aux Pays-Bas, dont à peine 10% étaient des usagers de drogues par voie IV (y compris des UDVI homosexuels). La séroprévalence du VIH chez les usagers par voie intraveineuse à Amsterdam atteindrait, d'après les estimations, 30 % et serait restée stable depuis 1986. Etant donné qu'environ 60% des héroïnomanes ne pratiquent pas l'injection par voie intraveineuse, la séroprévalence est plus faible pour la population totale de toxicomanes. Le taux de séroconversion chez les toxicomanes par voie IV a diminué depuis 1986.

2.3 Barcelone (population en 1989: 1 710 000)

Barcelone, deuxième ville d'Espagne, est la capitale de la Communauté autonome de Catalogne. 1,4 millions d'habitants supplémentaires vivent dans la zone métropolitaine environnante.

Politique

Depuis 1985, la politique en matière de drogues a été coordonnée par le Plan national sur les drogues du Ministère des affaires de la santé et des consommateurs. Les responsabilités pour l'application des mesures sont largement dévolues aux communautés autonomes, dont chacune a un plan régional, et donc aux collectivités locales. Le gouvernement central et l'administration locale collaborent avec toute une série d'organismes professionnels et d'organisations non gouvernementales. L'offre est régulée par des mesures de répression contre le trafic et par des restrictions de l'approvisionnement légal en substances psychotropes. On s'efforce de réduire la demande par la prévention, le traitement, la réadaptation, la coordination inter-institutions, la formation et la documentation. L'un des objectifs importants consiste à atténuer la tendance à la stigmatisation et à la marginalisation des usagers de drogues afin d'intégrer les mesures en la matière aux services généraux de la santé et de la protection sociale.

Depuis la Loi de 1983, l'usage ou la détention de drogues aux fins de consommation personnelle n'est pas punissable au regard du droit espagnol. Il appartient au pouvoir judiciaire de trancher sur ce point en fonction des circonstances. La loi fait aussi une

distinction entre les drogues en fonction de la gravité des risques qu'elles peuvent ou non représenter pour la santé, et incorpore la notion de "quantité d'importance notoire", sanctionnée par des peines plus élevées. En 1988, le Code pénal a été modifié et prévoit des peines plus sévères et de nouvelles sanctions pour toute une série de délits liés aux drogues, commis par des trafiquants ou des toxicomanes. Il prévoit aussi la réadaptation comme alternative à la prison. Des sanctions administratives en cas de consommation (essentiellement par voie IV) en public, et un accroissement des pouvoirs de la police pour mener des enquêtes sur des trafiquants présumés ont été introduits récemment. L'action de la police contre le trafic de drogues relève du Ministère de l'intérieur.

Les ressources en matière de traitement se sont développées au cours des années 80. Les centres de traitement ambulatoire et de désintoxication en régime hospitalier sont pour la plupart des services publics ou financés par l'Etat. La réadaptation en institution et la réinsertion sont des services couramment offerts par des organisations à vocation non lucrative. Jusqu'à lors, la plupart des traitements étaient orientés vers l'abstinence. La participation de la famille est considérée comme un aspect important du traitement et de la réadaptation. Barcelone compte 14 centres de soins ambulatoires, quatre unités de désintoxication et dix centres de réadaptation. Jusqu'en 1985, la méthadone était prescrite avec complaisance par certains médecins privés. Cette pratique était contrôlée et la méthadone rarement utilisée. En 1991, les règlements ont été modifiés et depuis, les programmes de méthadone se sont développés, avec notamment la mise en service d'un autobus de distribution. L'achat de seringues en pharmacie a toujours été légal. Récemment a été lancé un programme d'échange de seringues. Les mesures prises à l'intention des détenus toxicomanes comprennent des programmes de dépistage de l'hépatite virale et de vaccination contre cette maladie, de dépistage du VIH, d'éducation sanitaire, de distribution de préservatifs, de désintoxication et de soins de santé.

Des mesures de prévention sont mises en oeuvre dans les écoles, au sein de la communauté, et plus récemment sur le lieu de travail. Elles comprennent la formation d'enseignants, d'associations de parents et d'autres professionnels, la diffusion d'informations et l'incorporation de l'éducation sanitaire dans les programmes scolaires. Il est accordé une importance particulière aux programmes en faveur des groupes de jeunes à haut risque.

A Barcelone, le dispositif de surveillance est fondé sur des systèmes de notification des mises en traitement, des urgences liées à la drogue traitées en régime hospitalier ou ambulatoire, des décès par surdose et des cas de SIDA associés à la drogue. Les indicateurs des services de répression sont difficiles à obtenir à l'échelon local. Les investigations ont également comporté une étude sur les admissions en salle d'urgence, les décès liés à la drogue et le suivi des toxicomanes après traitement, ainsi que des études en boule de neige sur la consommation de cocaïne et des estimations de prévalence établies selon la méthode de "capture/recapture" (saisie avec recouplement).

Profils de la consommation de drogues

Même si l'on a constaté une certaine consommation de cannabis vers la fin des années 60, la consommation de drogues est apparue pour la première fois en tant que phénomène important à Barcelone et dans l'ensemble de l'Espagne, au milieu des années 70. C'est-à-dire quelques années plus tard que dans de nombreux autres pays européens. La principale drogue

en cause était le cannabis, suivi du LSD. Les enquêtes menées auprès d'étudiants en médecine dans les années 70 ont permis de constater que l'augmentation de la consommation de cannabis était passée de 9% en 1973/75 à plus de 20% en 1977/78, le niveau étant sensiblement le même en 1983/84. Chez ces étudiants en médecine, la consommation d'amphétamines, que l'on pouvait se procurer légalement et facilement jusqu'en 1982/83, aurait augmenté de plus de 20% au cours des années 70, puis aurait fortement diminué après l'introduction de restrictions à la vente de produits à base d'amphétamines.

La seule enquête menée sur l'usage de drogues au sein de la population globale de Barcelone remonte à 1982. Cependant, une série d'enquêtes a été menée à l'échelle de la Catalogne (couvrant la population globale entre 15 et 64 ans et les jeunes entre 15 et 29 ans) en 1982, 86 et 90. D'après les résultats de ces enquêtes, le taux de prévalence du cannabis sur une vie entière a légèrement baissé, passant de 25% au début des années 80 dans la tranche d'âge 15-29 ans à 20% en 1990. Les niveaux de consommation d'amphétamines et d'hallucinogènes ont beaucoup baissé depuis 1982. Récemment, il a été fait état de la consommation de MDMA, et les saisies effectuées par la police ont légèrement augmenté en 1991.

L'héroïnomanie a commencé à gagner du terrain à la fin des années 70 et s'est rapidement étendue pendant la première moitié des années 80. Depuis lors, l'incidence de nouveaux cas semble avoir diminué, mais la prévalence aurait apparemment continué de croître jusqu'à la fin des années 80. On constate une étroite relation entre les quartiers de la ville à forte densité de toxicomanes et les indicateurs d'une condition socio-économique précaire. D'après une série d'estimations fondées sur la méthode de "capture/recapture" (saisie avec recouplement), la prévalence de l'héroïnomanie à Barcelone pourrait avoir avoisiné les 7000 sujets (soit environ 400 pour 100 000 habitants) en 1989.

Il est difficile d'évaluer les tendances actuelles en ce qui concerne l'héroïne. Le nombre des mises en traitement a augmenté ces deux dernières années, mais il reste inférieur au niveau enregistré au milieu des années 80. Les cas de traitement en salle d'urgence se sont multipliés jusqu'en 1989, puis leur nombre s'est stabilisé à un niveau inférieur. Cela dit, à l'échelle de l'Espagne, les quantités d'héroïne saisies et le nombre d'arrestations (pour trafic) ont augmenté pendant toute la décennie. Plus dramatique : le nombre de décès par overdose a augmenté de manière inquiétante à partir de 1988, tant à Barcelone que dans les autres grandes villes espagnoles. En même temps, l'âge moyen des consommateurs d'héroïne mis en traitement, ayant reçu des soins en salle d'urgence ou décédés a légèrement augmenté depuis 1987. On constate une tendance importante à utiliser d'autres modes d'administration de drogues que l'injection par voie intraveineuse. Cette tendance se remarque davantage dans d'autres parties de l'Espagne qu'à Barcelone. En 1991, seuls 50% des personnes ayant commencé un premier traitement pratiquaient l'injection (données pour l'Espagne).

Les quantités de cocaïne saisies en Espagne ont augmenté de façon inquiétante pendant la seconde moitié des années 80, dépassant 7 500 Kgs en 1991, dont un pourcentage indéterminé était destiné à d'autres pays. On a observé une augmentation du nombre de cas liés à la cocaïne dans les indicateurs des traitements et des admissions en salle d'urgence, mais par rapport à l'héroïne, le pourcentage de cas liés à la cocaïne reste modeste. Deux études en boule de neige sur la cocaïne ont montré que la consommation de cocaïne était essentiellement intermittente et qu'elle était propre à certains contextes sociaux et professionnels. Une proportion importante d'héroïnomanes consomment de la cocaïne. Les cas de "crack" signalés sont plutôt rares.

A la fin du mois de juin 1992, 1 826 cas de SIDA ont été signalés à Barcelone, dont 53% étaient liés à l'injection de drogue par voie intraveineuse. La prévalence de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues est élevée, mais elle varie selon l'échantillon; on constate notamment que 40 % des toxicomanes infectés viennent de commencer un traitement, que 60 % d'entre eux se trouvent en prison (enquêtes nationales), que 75 % meurent des suites d'une intoxication aigüe et que 85 % sont hospitalisés pour des troubles organiques.

2.4 Copenhague (population en 1991: 465 000 habitants)

Copenhague est la capitale du Danemark.

Politique

Depuis les années 60, l'objectif global de la politique danoise en matière de drogues était d'instaurer une société sans drogue, encore que les stratégies poursuivies aient évolué pendant cette période, surtout à partir de 1985. La mise en oeuvre de cette politique s'inscrit dans le contexte plus vaste du libéralisme de la société danoise. Ainsi accorde-t-on une plus grande importance à la prévention qu'à la répression. La prévention se conçoit en des termes généraux et n'est pas simplement axée sur l'abus de drogues. Au fil des années, les structures sociales, éducatives et médicales à l'échelon local ont pris le relais du pouvoir central sur le plan pratique. Le traitement est librement consenti, souple et facilement accessible. Le traitement et la réadaptation sont jugés plus constructifs pour les toxicomanes que l'emprisonnement. Le cannabis bénéficie d'un régime plutôt clément. Les sanctions pénales pour infraction à la législation sur les drogues sont modulées en fonction des quantités de drogue en cause, tiennent compte de précédents délits et varient selon que les drogues sont destinées à l'usage personnel ou non.

Entre les années 60 et 1984, les traitements étaient principalement axés sur l'abstinence et assurés par des centres spécialisés. Ils comprenaient un programme de désintoxication à Copenhague, suivi d'un traitement en milieu hospitalier en dehors de la ville et d'un programme de réadaptation sociale. On s'est concentré sur le changement au niveau de l'individu. La méthadone a été utilisée principalement à des fins de désintoxication. Les praticiens généralistes étaient autorisés à offrir un traitement et à prescrire des substances psychoactives telles que la méthadone, mais des mesures ont été prises pour contrôler cette pratique (dans une réglementation édictée en 1977).

A partir de 1985, la politique de traitement a évolué vers un modèle plus écologique de l'usage abusif de drogues. C'est ainsi qu'on a commencé à passer d'une démarche fondée sur des services spécialisés à une approche pluridisciplinaire intégrée où toute une variété de professionnels et d'organismes communautaires étaient associés à la prévention, au traitement et à la réadaptation. La priorité a été accordée à l'élaboration de services plus différenciés de soins ambulatoires plutôt qu'aux services de traitement en régime hospitalier. Les méthodes de réduction des risques ont été encouragées, et la maintenance à la méthadone s'est généralisée. Le problème du SIDA a accéléré ce processus. Depuis 1987, les aiguilles et les seringues sont remises gratuitement en pharmacie.

Les changements survenus dans l'organisation de la police reflètent cette évolution sur le plan du traitement. Avant 1985, la répression dans le domaine des drogues relevait d'une unité de police spéciale (55 personnes à Copenhague). Après 1985, les drogues sont devenues l'affaire de toutes les polices. Récemment, la police a mis en oeuvre un projet pilote au niveau de la rue dans un certain quartier, en partie pour évaluer la situation et réduire les disponibilités de drogues, en partie pour encourager la pratique d'orientation des patients vers un traitement. Cela a donné lieu à un débat sur la collaboration entre la police locale et les centres de traitement, et sur la nécessité pour les services sociaux de mener des activités d'approche.

Il existe plusieurs dispositifs de surveillance de l'abus de drogues. Les données régulières sur les décès liés à la drogue, les cas d'hépatite virale, les cas de SIDA, l'emprisonnement et les infractions au droit pénal sont considérées comme fiables. Moins fiables sont les données sur l'entretien par la méthadone, les demandes et les premières demandes de traitement, les admissions dans les hôpitaux et la prévalence du VIH. On espère les améliorer, notamment les systèmes de notification des mises en traitement. Les enquêtes comprennent des études nationales portant sur des étudiants de la neuvième classe et sur la population globale. D'autres études ont été spécialement consacrées aux examens de contrôle d'échantillons d'usagers de drogue traités ou incarcérés. Les résultats de ces études amènent un constat peu encourageant, même s'il en ressort aussi que la maintenance à la méthadone induit des taux de mortalité et de condamnation plus faibles. D'autres études portaient sur le degré de pureté des drogues de trottoir, sur les toxicomanes enceintes et les enfants de mères toxicomanes.

Profils de la consommation de drogues

Les premiers cas d'abus de drogues ont été constatés vers la fin des années 40 et au début des années 50 après que l'on se fut rendu compte que le Danemark occupait le premier rang dans les statistiques internationales pour la consommation de morphine et de préparations d'opium par habitant. On distingue deux groupes d'usagers de drogues dans les années 60. Le premier groupe était constitué d'usagers d'opium qui se procuraient de la morphine ou des préparations d'opium grâce à des ordonnances médicales légales ou falsifiées, ou en volant ces drogues. Le second groupe était composé de jeunes gens qui ont commencé à prendre du cannabis et parfois du LSD vers la fin des années 60/début des années 70.

Les années 70 ont vu apparaître et progresser la consommation d'héroïne. A partir des années 80, l'abus d'amphétamines s'est considérablement accru. Les saisies de cocaïne ont été un peu plus importantes, mais seuls quelques rares usagers ont été repérés (essentiellement

par la police). Le "crack" et l'"ecstasy" ne sont guère répandus, et l'abus de solvants non plus. Pendant les années 80, les drogues illicites ont de plus en plus été remplacées par les somnifères, les sédatifs et l'alcool. La drogue la plus consommée pendant les années 70 et 80 était le cannabis, mais cela n'était pas considéré d'une manière générale comme un grave problème sanitaire ou social.

Selon des enquêtes nationales effectuées auprès de jeunes, l'usage de drogues aurait diminué au cours des 20 dernières années. En 1990, 17% des étudiants en neuvième classe n'avaient jamais fumé de cannabis, contre 22% en 1970. Seul 1% avait consommé des amphétamines, et très peu ont indiqué être des usagers d'autres drogues. Selon une enquête nationale réalisée en 1991 auprès de la population adulte de 16 ans et au-dessus, 22% n'avaient jamais fumé de cannabis. Les taux pour les autres drogues étaient faibles (3% d'amphétamines et 1% d'héroïne ou de cocaïne).

On ne dispose d'aucunes données sur la prévalence de la toxicomanie lourde (c'est-à-dire la consommation par voie IV ou la consommation régulière de drogues autres que le cannabis) à Copenhague, mais elle représenterait, selon diverses estimations, 2-3 000 et 3-4 000 sujets (soit entre 430 et 860 pour 100 000 habitants). Ce sont en majorité des héroïnomanes par voie intraveineuse qui prennent aussi d'autres drogues telles que les amphétamines. La taille de cette population semble relativement stable et comprend une part substantielle de toxicomanes de longue durée qui ont commencé à se droguer dans les années 70 et 80. Selon les estimations, le taux d'incidence serait à peu près le même que le taux d'abstinence ou de décès chez les toxicomanes. Le gros de la population de toxicomanes dans les centres de traitement municipaux en décembre 1990 avait entre 25 et 39 ans, avec une proportion plus importante de sujets au début de la trentaine. La majorité de toxicomanes en traitement à la méthadone étaient plus âgés, entre 30 et 44 ans, avec une pointe sur la fin de la trentaine.

Selon certaines indications, l'offre d'héroïne et de cocaïne a augmenté ces dernières années, mais les quantités saisies à Copenhague varient d'une année à l'autre. L'augmentation des saisies d'amphétamines depuis 1985/86 est encore plus nette. Cependant, les prix "trottoir" de ces trois drogues ont fortement chuté depuis 1985.

La plupart des indicateurs de la "demande" sont restés relativement stables pendant les années 80. La demande globale de traitement est en hausse depuis 1989, ce qui n'est pas le cas des premières demandes de traitement. Les admissions dans les hôpitaux psychiatriques et généraux n'ont pas non plus beaucoup évolué. Le nombre de personnes suivant un traitement de maintenance à la méthadone a considérablement augmenté depuis 1986. C'est plus la conséquence d'une réorientation de la politique en la matière d'action que d'une évolution de la prévalence de l'usage d'opiacés. Comme dans de nombreuses autres villes, l'incidence de l'hépatite virale B a décliné après 1985, ce qui pourrait bien être le résultat du surcroît d'attention accordé à la prévention des effets pervers de l'abus de drogues sur la santé. Le nombre de décès liés à la drogue est resté stable dans l'ensemble, mise à part une hausse enregistrée en 1991. Il est difficile d'établir s'il s'agit d'une tendance ou d'une fluctuation annuelle. Cela dit, le taux de mortalité chez les toxicomanes semble élevé par rapport à d'autres villes.

Les chiffres pour les arrestations évoluent d'une manière encore plus inquiétante. Le nombre d'arrestations pour les infractions plus graves au Code pénal est faible puisqu'il est passé de 600 en 1980 en dessous de 200 en 1990. Par contre, le nombre d'arrestations pour des infractions mineures à la Directive sur les Drogues Euphorisantes a augmenté d'une manière fulgurante, passant de plus de 2000 à près de 9000. C'est très probablement un effet de la réorganisation des services de police évoquée ci-dessus. Pendant cette même période, le nombre de toxicomanes en prison n'a que légèrement augmenté.

Le nombre de cas de SIDA signalés parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse a augmenté depuis le premier cas identifié en 1986. D'après les estimations, la séroprévalence du VIH chez les toxicomanes par voie IV à Copenhague serait stable et se situerait entre 8 et 15 % (selon le dénominateur utilisé). Ce taux relativement peu élevé est imputé à l'adoption d'une politique plus préventive que répressive à l'égard des toxicomanes.

2.5 Dublin (Population du Grand Dublin en 1986: 921.000 habitants)

Dublin est la capitale de la République d'Irlande. Sa population représente 26% de la population nationale. Le taux de chômeurs en 1991 avoisinait les 19% (27% des moins de 25 ans).

Politique

La politique irlandaise en matière de drogue a évolué au cours des 15 dernières années. La Loi sur l'abus de drogues de 1977 visait à moderniser la législation, compte tenu de l'évolution de l'usage de drogues à la fin des années 60/début des années 70. Elle prévoit des peines plus lourdes pour les infractions à la législation sur les drogues, renforce le contrôle des ordonnances médicales, accroît les pouvoirs de la police pour la recherche de drogues et enjoint aux juges de se saisir des rapports médicaux et des dossiers sociaux concernant les personnes inculpées de délits portant sur la drogue. Plus tard, la première réaction à l'augmentation de l'héroïnomanie à Dublin allait aussi dans le sens de la répression. La Loi sur l'abus de drogues de 1984 prévoyait des peines encore plus sévères et levait la consigne donnée aux juges de se saisir des dossiers mentionnés plus haut, encore qu'une distinction très nette soit établie entre le cannabis et les autres drogues, notamment en ce qui concerne les peines prévues en cas de détention de drogue. La peine maximale en cas de fourniture de drogue est désormais la prison à perpétuité. D'autres modifications à la législation permettent à la police de détenir les malfaiteurs présumés. Au nombre des dispositions futures figurent des mesures portant sur les précurseurs, la confiscation des avoirs des trafiquants et d'autres aspects de la lutte contre le trafic de drogues.

Depuis peu, la police irlandaise est mieux informée, dotée de services plus spécialisés et fait preuve d'un plus grand pragmatisme. La raison en est la création de systèmes d'information comme principal outil d'action, l'adoption d'une approche pluridisciplinaire et communautaire dans le domaine de la prévention, du traitement et de la réadaptation, un renforcement des mesures éducatives comme moyen de lutte contre le SIDA et un mode d'action plus ciblé à l'égard du trafic de drogues. Cette évolution trouve son expression dans la "Stratégie de prévention de l'abus de drogues" adoptée récemment par le gouvernement. L'objectif est d'offrir toute une série de services intéressants et accessibles, de constituer dans ce domaine des Equipes communautaires composées de professionnels locaux tels que les

médecins généralistes et d'autres, et de renforcer les programmes d'éducation officiels et non-officiels. Les services existants comprennent des programmes d'encadrement médical et non médical; des centres de traitement en régime hospitalier et ambulatoire; des programmes pour la jeunesse; des traitements de maintenance à la méthadone, de désintoxication et de sevrage; des échanges d'aiguilles; des services de désintoxication et de conseils: soins pour les toxicomanes séropositifs (VIH); des organismes bénévoles et d'autoassistance. Des éducateurs, des agents de probation et des agents de liaison entre mineurs et services de police participent aussi aux efforts entrepris dans certains quartiers.

Créée en 1968 (4 personnes), la brigade anti-drogue de Dublin compte aujourd'hui 30 officiers de police. A noter aussi quelques petites unités spécialisées dans les secteurs très actifs sur le plan de la drogue. De nombreux officiers de police ont reçu une formation spéciale.

Au cours des trois dernières années, un système de surveillance de routine fonctionnant sur la base des indicateurs du Groupe Pompidou a été mis en place à Dublin, notamment un système global de notification des mises en traitement. On considère que les indicateurs de tendances les plus fiables sont les suivants: premières demandes de traitement, cas d'hépatite virale, personnes inculpées et saisies de drogues illicites; il convient d'y ajouter les données fournies par les travaux d'études. Ils s'appliquent à d'autres parties du pays. Les autres indicateurs ne sont pas aussi fiables à Dublin, notamment les admissions dans les hôpitaux, les décès liés à la drogue et les incarcérations. On espère en améliorer certains à l'avenir et développer éventuellement la collecte de données sur les urgences liées à la drogue. Les travaux ont comporté des études sur les populations en traitement, des enquêtes en milieu scolaire et des recherches de cas intensives à l'échelon local dans certaines communautés.

Profils de la consommation de drogues

L'abus de drogues en Irlande est concentré à Dublin. Au milieu des années 60, l'abus d'amphétamines (que l'on se procurait par les voies médicales) est devenu de plus en plus préoccupant. Au début des années 70, les drogues les plus couramment consommées étaient le cannabis, suivi du LSD, mais on abusait aussi de toute une série d'autres drogues, à savoir: les amphétamines, les tranquillisants et les barbituriques. Au milieu des années 70, on utilise aussi divers opiacés de synthèse et l'héroïne fait son apparition. Vers la fin des années 70, l'héroïnomanie a rapidement progressé dans les quartiers pauvres du centre de Dublin. Deux études de prévalence sur les héroïnomanes traités et non-traités du centre ville ont révélé que 10 % des jeunes entre 15 et 24 ans avaient consommé de l'héroïne l'an passé, dont bon nombre s'en injectaient quotidiennement. Une étude similaire réalisée dans un quartier moins défavorisé a donné un taux d'à peine plus de 2 % pour la même tranche d'âge. Cette situation s'est stabilisée après 1983, le nombre d'usagers a diminué et la prévalence de l'usage d'héroïne et de l'héroïnomanie a décliné. Selon certains indicateurs, l'usage d'opiacés pourrait avoir augmenté en 1990, mais les chiffres de 1991 ne confirment pas cette tendance.

On ne dispose pas d'estimations concernant la prévalence de l'usage de drogues pour l'ensemble de la population. Des enquêtes en milieu scolaire (entre 12 et 18 ans) donnent à penser que la prévalence de l'usage de cannabis sur une vie entière est passée d'à peine plus de 2 % en 1970/71 à 11 % en 1980/81 et à 22 % en 1984/85. Dans les trois études le cannabis était la drogue la plus répandue. En 1970/71, le LSD ou les amphétamines venaient

tout de suite après (moins de 0,5 %), alors qu'en 1980/81, c'était l'héroïne (1 %) et en 1984/85 la colle ou les autres inhalants.

Il n'y a pas d'estimations fiables de la prévalence totale de la consommation de drogues à risque à Dublin. On estime qu'environ 1 750 personnes ont reçu un traitement après avoir consommé de la drogue en 1990, dont près d'un tiers pour la première fois. Huit sur dix consommaient de l'héroïne.

Les indicateurs-clés de tendances montrent qu'au cours des années 80, les premières demandes de traitement (telles qu'elles ont été enregistrées au principal centre de traitement) se sont multipliées jusqu'en 1983 pour ensuite diminuer de manière constante et revenir à leur niveau de 1980. Un système beaucoup plus complet de notification couvrant 22 centres de traitement a été mis en place à partir de 1990. Cela explique que les chiffres soient élevés. Une baisse du nombre des premières demandes de traitement en 1991 par rapport à 1990 est imputée pour une grande part à une surestimation des cas enregistrés en 1990, l'année où le système a été mis en place et a connu divers problèmes de démarrage. Les cas d'hépatite B liés à la drogue se sont aussi multipliés, avec une pointe en 1981, suivie d'une régression. Cette pointe est survenue deux années plus tôt que celle des premières demandes de traitement. Cela corrobore le rôle de l'hépatite B en tant qu'indicateur de l'incidence des injections par voie IV, avec le laps de temps précédant la première demande de traitement. Le nombre de personnes inculpées d'une infraction à la législation sur les drogues a augmenté de façon spectaculaire jusqu'en 1985, puis diminué (bien que les inculpations en rapport avec les opiacés de synthèse aient augmenté en 1990/91). La proportion de toxicomanes en prison est passée de 5 % en 1981 à 30 % en 1986, reflétant la réponse répressive apportée au problème d'héroïnomanie à l'époque évoquée plus haut. Les quantités d'héroïne saisies en Irlande sont faibles et varient d'une année à l'autre. Le prix est élevé par rapport à de nombreuses autres villes, bien que le degré de pureté soit plus élevé depuis quelques années, passant de 22 % en 1985 à plus de 30 % en 1991.

Aucun indicateur ni aucune enquête n'atteste un niveau élevé de la consommation de cocaïne à Dublin. L'augmentation des quantités saisies en 1989 et 1990 (et l'élévation du degré de pureté) s'explique par la découverte d'un chargement de cocaïne échoué sur la plage, mais pas destiné au marché irlandais. Cependant, malgré une baisse en 1988, le prix de la cocaïne reste plus élevé que dans la plupart des autres villes. De même, il y a peu d'indices d'une consommation extensive d'amphétamines, de LSD ou d'"ecstasy".

L'évolution la plus notable des données relatives aux services de répression est la hausse brutale enregistrée en 1990 et 1991 du nombre de personnes inculpées et de saisies de drogues illicites. La plupart de ces augmentations étaient dûs au cannabis mais résultaient aussi en partie d'une intensification des activités de police. De même, la quantité de cannabis saisie a considérablement augmenté en 1991.

La proportion d'usagers de drogues par voie IV parmi les cas de SIDA est passée de 33 % en 1988 à 44 % en 1991. Sur plus de 4 500 usagers de drogues par voie IV qui ont été testés, seuls 13 % étaient séropositifs, mais on considère que c'est une sous-estimation.

2.6 Genève (Population en 1991: 385 000 habitants)

Genève est une ville relativement petite située près de la frontière avec la France. Environ trois quarts de la population active travaille dans le secteur des services. Le taux de chômage est passé de 3,6 % en 1991 à environ 7 % à la fin de 1992. Plus d'un tiers de la population est constituée d'étrangers originaires, pour la plupart d'Italie, d'Espagne et du Portugal. En outre, un nombre important des personnes travaillant à Genève vivent en France.

Politique

La politique suisse en matière de drogues n'est ni résolument répressive ni trop libérale. La législation fédérale sur les drogues définit le cadre du contrôle judiciaire, encore que les cantons aient une certaine latitude sur le plan de son application. La législation a été modifiée à l'effet de réduire les peines prévues en cas de consommation, de prévoir une option "traitement" comme alternative au châtimeant, d'autoriser le traitement d'entretien par la méthadone. En 1989, une Commission fédérale a conclu que les importantes disponibilités de drogue, le professionnalisme de plus en plus marqué de la distribution et le nombre croissant de condamnations pour des délits mineurs témoignaient de lacunes dans l'application des dispositions fédérales sur les drogues. Cette commission a défini des principes selon lesquels les condamnations ne devaient pas causer plus de mal que la consommation de drogues, et la répression devait être dirigée davantage contre les trafiquants que contre les consommateurs.

Les mesures sanitaires et sociales sont déterminées à l'échelon local, même si la législation fédérale fait l'obligation aux cantons de prendre des mesures contre les maladies transmissibles (surtout la prévention du SIDA). La responsabilité de la politique en matière de drogues incombe à la police bien qu'un organisme consultatif, la "Commission Mixte", composée de 15 personnes issues des différents secteurs publics et privés concernés, ait été créé pour améliorer la coordination à Genève. On se soucie en particulier de fournir une série de services (médicaux et sociaux) à l'intention des usagers de drogues qui ont des problèmes, d'assurer une prévention primaire et de prendre des mesures de répression contre les gros trafiquants.

L'apparition du SIDA a eu un impact considérable sur la perception de l'usage de drogues. Cette prise de conscience a conduit à l'expansion des traitements de maintenance à la méthadone (où les médecins généralistes jouent un rôle important), à la libéralisation de la vente et de la distribution de seringues, à la distribution de préservatifs, à l'organisation de campagnes d'information, à l'adoption officielle d'une stratégie de réduction des risques et à l'élaboration de nouveaux projets, y compris un projet de prévention fondé sur la participation communautaire dans un quartier à forte prostitution, un autobus assurant la promotion de la santé en des points sensibles de la ville, ainsi qu'un pavillon permanent "Halte au SIDA!" lors des festivités importantes. La dépénalisation de la consommation de drogues a fait l'objet d'un long débat, mais aucune mesure n'a été prise.

La recherche est encore à un stade embryonnaire et se limite principalement à des études cliniques de maladies transmissibles et de problèmes organiques de toxicomanes en traitement, des études de population, des activités de prévention et une évaluation des programmes de méthadone. Il semblerait que ces traitements y soient pour quelque chose dans

la réduction importante de la consommation de drogues illicites, dans la régression considérable des comportements à risque et dans les niveaux accrus d'insertion professionnelle. On espère disposer à l'avenir de plus amples informations sur les tendances à Genève. Un élément important est la création d'un système de notification des mises en traitement (fondé sur l'étude Pompidou) et l'amélioration des données relatives aux décès liés à la drogue, aux arrestations et aux admissions dans les hôpitaux (notamment par service d'ambulance)

Profils de la consommation de drogues

L'usage de drogues (essentiellement de cannabis) est apparu dans la seconde moitié des années 60. Au début des années 70, la consommation de cannabis était courante chez les jeunes, et l'on pouvait aussi se procurer du LSD, de l'opium et de la morphine. L'héroïne ("sucre brun") a été détectée pour la première fois à la fin de l'année 1972. On avait bien constaté une certaine augmentation du nombre de toxicomanes au cours des années 70, mais dans les années 80 la toxicomanie s'est répandue plus rapidement parmi les jeunes. La cocaïne est aussi apparue au début des années 80, et son usage est devenu plus courant, quoique les cas de consommation de "crack" soient rares. Inversement, on observe une régression du LSD, mais l'on trouve un peu de MDMA. On constate aussi une consommation plus importante de drogues multiples impliquant diverses substances psychotropes, tels les benzodiazépines et l'alcool.

Une enquête téléphonique réalisée en 1989 auprès des populations alémanique et romande a fait apparaître que 26 % des sondés entre 17 et 30 ans avaient fumé du cannabis et 3,2 % avaient consommé des opiacés et/ou de la cocaïne. Dans la tranche d'âge entre 31 et 45 ans, les proportions étaient de 11 % et de 1,8 %, respectivement. Les taux élevés concernaient la population masculine (42 % des personnes interrogées entre 21 et 25 ans ont déclaré avoir consommé du cannabis et 6,4 % dans la tranche d'âge entre 26 et 30 ans de l'héroïne ou de la cocaïne).

La prévalence de la toxicomanie (principalement à l'héroïne) à Genève serait, selon certaines estimations d'environ 2.500 sujets. Ils viennent de toutes les couches sociales, deux tiers sont de sexe masculin et la majorité a entre 20 et 35 ans. Environ la moitié serait en contact avec des services médicaux/sociaux. Les données disponibles ne permettent pas de se faire une idée précise sur les tendances actuelles. Le nombre de décès liés à la drogue (essentiellement par surdose) a beaucoup augmenté de 1986 à 1992. Les quantités d'héroïne saisies à Genève sont variables et ne fournissent aucune indication fiable sur les tendances de la consommation. Cela dit, les prix ont chuté en 1991 par rapport à 1990. Le nombre de délits correctionnels consignés par la police pour détention/usage d'héroïne a connu une hausse sensible en 1986 et de nouveau en 1989, puis s'est stabilisé à un niveau élevé par rapport au début des années 80. Mais ces chiffres ne sont pas ventilés par type de drogue.

En ce qui concerne le marché clandestin, on distingue nettement deux groupes: les usagers et les petits consommateurs/revendeurs, d'une part, et les gros trafiquants, d'autre part, qui le plus souvent ne consomment pas eux-mêmes. Le fossé entre les deux groupes s'est accentué à cause, pense-t-on, d'une professionnalisation accrue du trafic de drogues. Une proportion importante des personnes arrêtées uniquement pour trafic de drogues est composée d'étrangers.

Le SIDA et l'usage de drogues par voie IV sont devenus un grave problème à partir de 1986, lorsque le nombre de cas a commencé à augmenter. Genève a le taux de SIDA le plus élevé de Suisse (102 cas pour 100 000 habitants fin 1992 contre 92 à l'échelle du pays). Plus de 30 % de tous les cas signalés sont imputés à l'usage de drogues par voie IV (contre 40 % à l'échelle de la Suisse). Les taux élevés de prévalence du VIH, surtout chez les toxicomanes hospitalisés, ont baissé et se situent actuellement entre 20 % et 40 %. Le taux de prévalence de la séropositivité (VIH) chez les usagers qui ont commencé, à partir de 1987, à suivre un programme de méthadone est inférieur (22 %).

2.7 Hambourg (Population en 1989: 1 626 000 habitants)

Hambourg, deuxième ville d'Allemagne, est un grand port dans le nord du pays. Le taux de chômage a diminué et s'élève aujourd'hui à 9,5 % (14 % chez les jeunes de moins de 25 ans). La population comprend 11 % d'immigrés.

Politique

Pendant de nombreuses années, la politique allemande en matière de drogues reposait sur le principe selon lequel l'usage de toute une série de drogues à des fins autres que médicales était nuisible pour l'individu et la société et devait donc être rigoureusement prohibé. Les principaux éléments de la politique et de la législation allemandes sont les suivants: répression contre les fournisseurs de drogues illicites par les services de police et de douane; intervention vigoureuse de la justice contre ceux qui enfreignent la loi, avec de lourdes peines pour les contrebandiers et trafiquants (peine maximale: 15 ans de prison); peine légère ou exemption de peine pour la seule détention de petites quantités destinées à l'usage personnel; fourniture de services adéquats d'entraide sociale et de traitement par le sevrage complet; dispositions juridiques spéciales permettant aux toxicomanes reconnus coupables d'un délit de subir un traitement au lieu d'aller en prison; campagnes de prévention pour réduire la demande (y compris vis-à-vis de l'alcoolisme, du tabagisme et de la consommation à risque de médicaments).

Ces dernières années, on a reproché à cette politique son manque d'efficacité dans un contexte caractérisé par une croissance fulgurante du nombre de toxicomanes, un accroissement des disponibilités de drogues, une hausse brutale du nombre de décès liés à la drogue et le nombre grandissant de toxicomanes dans les prisons. On se demande entre autres si la répression peut juguler l'expansion de l'offre et de la demande et si les traitements par le sevrage complet peuvent suivre le rythme auquel les toxicomanes se multiplient. Au cours de ce débat, on a vu apparaître d'autres méthodes de réduction des risques liés à la drogue, qui ne visent pas obligatoirement au sevrage complet, et plusieurs villes ont commencé à reconnaître l'efficacité de la maintenance à la méthadone et à l'adopter.

A Hambourg, l'administration locale s'efforce de restreindre la pratique consistant à poursuivre les toxicomanes et à les jeter en prison et dirige son effort contre le trafic organisé. Le maire est allé plus loin, estimant que la politique d'interdiction totale était inopérante, et a proposé une légalisation partielle de l'usage de drogues et même de sa fourniture, afin de saper les fondements du marché clandestin. En matière de traitement, l'approche a aussi évolué depuis 1987, sous l'effet conjugué de l'expansion de la toxicomanie et des risques de contamination par le SIDA. A côté des centres traditionnels de traitement ambulatoire par le

sevrage complet, des unités de désintoxication et des communautés thérapeutiques, les centres d'entraide sociale se sont multipliés et les services d'approche et de rencontre des toxicomanes ("outreach") à seuil minimum d'admission se sont développés, offrant sur demande une aide en cas d'urgence, un échange de seringues, un abri et des conseils. La maintenance à la méthadone a été introduite en 1988. Ce traitement peut être donné par des médecins généralistes avec l'aide d'un service spécialisé. La méthadone est fournie soit au cabinet du médecin soit dans certaines pharmacies. La complexité des règlements explique que les patients utilisant de la méthadone soient peu nombreux.

La répression anti-drogues à Hambourg est assurée par une force spéciale intégrée de police et de douane. L'effectif de cette division est passé de 27 personnes en 1971 à 48 en 1986, à 55 en 1988 et à 105 en 1990. Conformément au principe de la légalité des poursuites, toutes les violations présumées doivent faire l'objet d'une enquête et, donc, être consignées. De ce fait, les statistiques sur les opérations de répression anti-drogue sont plutôt complètes. Le procureur général peut décider ultérieurement de classer l'affaire avec l'assentiment du tribunal.

Les systèmes de surveillance régulière à Hambourg sont essentiellement fondés sur des sources d'information en matière de répression. Depuis le début des années 70, un registre spécial des toxicomanes (aux opiacés) et des usagers de cocaïne est tenu à jour. Depuis 1985, les notifications ne sont venues que de la police. Auparavant, un petit nombre de notifications provenaient aussi d'autres sources, y compris de sources médicales. Les critères applicables au toxicomane sont les suivants: présentation spontanée pour admission, marques de piqûres, et/ou détention d'opiacés. Les décès éventuellement liés à la drogue font l'objet d'une enquête très poussée de la part de la police et de l'Institut de médecine légale, et les données y relatives sont considérées comme complètes et fiables. Des statistiques sont tenues régulièrement sur les jugements, les condamnations et les sentences. Jusque tout récemment, on ne disposait guère de données sur les services d'entraide, de traitement et de réadaptation. Un système complet de notification vient d'être mis en place. Il est probable qu'un système de notification régulière des urgences liées à la drogue sera aussi mis en service. Des enquêtes auprès des jeunes (12-24) ont été effectuées régulièrement pendant les années 80. La plus récente a été réalisée en 1990/91.

Profils de la consommation de drogues

Après la seconde guerre mondiale, plusieurs centaines de personnes (en majorité des anciens combattants) étaient enregistrés en tant que morphinomanes et menaient une vie discrète. En 1967, on observe pour la première fois l'usage de drogues par les jeunes. Au cours des quelques années qui ont suivi, le cannabis est devenu une drogue à la mode, émanation des nouvelles sous-cultures de la jeunesse. Le LSD et l'opium étaient également utilisés, dans une moindre mesure. Au début des années 70, un petit groupe de jeunes ayant quitté l'école ont commencé à s'injecter des opiacés (opium et/ou morphine base dilué dans de l'acide acétique, ou des opiacés volés dans des pharmacies). En 1974 l'héroïne est apparue, d'abord en provenance du sud-est asiatique puis, en 1976/77, en provenance du sud-ouest asiatique. Au début, ces substances étaient bon marché et très prisées. Par la suite, les prix ont augmenté. Au début des années 80, l'héroïne était rare à Hambourg et les prix élevés. En 1981, on estimait à 2000 le nombre de toxicomanes (120 pour 100 000 habitants). A partir de 1982, l'approvisionnement en héroïne s'est rétabli et les prix se sont stabilisés à un niveau

légèrement inférieur (environ 200 deutschmark/gramme). Jusqu'en 1987, la prévalence de l'héroïne semblait stable et le nombre de nouveaux toxicomanes en baisse. Les enquêtes effectuées auprès des jeunes ont aussi indiqué une baisse des niveaux de consommation de drogues.

Depuis 1987, la situation a complètement changé. Le nombre d'héroïnomanes et l'offre d'héroïne ont marqué une nette progression, et les prix sont tombés en dessous de 100 deutschmark. A la fin de 1991, on a estimé à 9000 le nombre de toxicomanes à Hambourg (550 pour 100 000 habitants). Cette évolution s'est accompagnée d'importantes variations de certains indicateurs.

S'agissant des indicateurs du marché de l'héroïne, les quantités saisies sont restées relativement stables jusqu'en 1987. Depuis 1986, elles ont été multipliées par plus de sept (par quatre en RFA). Dans le même temps, les prix ont diminué d'un tiers par rapport à 1986, et le degré de pureté de l'héroïne vendue dans la rue est passé de moins de 30 % à plus de 40 %. Ces chiffres attestent un accroissement réel de l'offre et des disponibilités.

Sur le plan de la demande, le nombre de nouveaux cas de toxicomanie signalés par la police est passé d'une centaine en 1985 à plus de 1300 en 1990, pour ensuite commencer à se stabiliser en 1991. Cette hausse s'accompagne d'une augmentation du nombre d'infractions à la législation sur les drogues et du nombre de personnes soupçonnées de telles infractions. Cependant, le nombre de délits a augmenté plus rapidement que le nombre des personnes inculpées, conséquence de l'intensification des activités de police, comme en témoigne le nombre plus élevé de délits par personne. Un autre indicateur des changements survenus dans l'activité de police est la diminution du nombre de délits liés au cannabis (plus de 70 % de tous les délits en 1986, moins de 20 % en 1990). Les arrestations de toxicomanes ayant été plus nombreuses, le nombre de toxicomanes traités du fait qu'ils présentaient des symptômes de manque en prison est passé de moins de 500 en 1988 à plus de 1000 en 1990. La proportion d'étrangers arrêtés pour des délits liés à la drogue est passée de 21 % en 1985 à 34 % en 1990. Quant au nombre de délits de trafic, il est passé de 37 % à 62 % (principalement des Turcs, des Kurdes et quelques Africains). La proportion d'étrangers parmi les opiomanes signalés est inférieure (20 % en 1990, contre 14 % en 1985).

Les augmentations observées à travers les indicateurs de la police se sont accompagnées d'une très forte hausse de la mortalité liée à la drogue, essentiellement par surdose d'héroïne. Les services d'intervention d'urgence par ambulance et les hôpitaux ont également signalé une augmentation du nombre d'intoxications aiguës à l'héroïne. L'accroissement du nombre de demandes de traitement est difficile à expliquer en raison notamment de l'absence de données ou de l'insuffisance des données disponibles. En 1988, la très forte hausse du nombre d'admissions dans les hôpitaux pour une cure de désintoxication s'expliquait par l'ouverture dans ces centres de santé d'un nouveau service proposant une cure de désintoxication "inconditionnelle" (le patient ne devant plus s'engager à suivre un traitement à long terme en milieu hospitalier). C'était une réponse à la demande croissante de désintoxication. Bon nombre des sujets admis dans ce nouveau service n'avait encore jamais suivi de traitement. Contrairement à la plupart des autres villes, Hambourg fait état d'un accroissement du nombre de cas d'hépatite B signalés (localisés dans les quartiers à forte consommation d'héroïne).

Hormis le cas spécifique de l'héroïnomanie, on dispose aussi d'estimations sur la prévalence de l'usage d'autres drogues (par exemple, le cannabis) au sein de la population globale de Hambourg. D'après des enquêtes par correspondance effectuées auprès des jeunes en 1986/87, 19% des sondés entre 12 et 24 ans n'avaient jamais pris une drogue illicite depuis 1981/82. Les résultats d'une nouvelle enquête par correspondance réalisée en 1990/91 indiquent une certaine augmentation de la consommation dans la tranche d'âge 12-39 ans (prévalence sur une vie entière: 28%). La prévalence sur la vie était de 34 % dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 39 ans, et de 21 % au sein de population plus jeune (12-24 ans), c'est-à-dire légèrement supérieure à celle de 1986/87. Les taux de cas autosignalés pour d'autres drogues sont très faibles et sans doute peu fiables.

A l'échelle nationale, les quantités de cocaïne saisies ont augmenté dans des proportions inquiétantes (notamment en 1989 et en 1990), passant de moins de 200 kg en 1986 à près de 2 500 kg en 1990. Dans le même temps, on a vu les prix accuser une légère baisse et le degré de pureté à la consommation se maintenir à un niveau dépassant les 60 %. L'ampleur de cette augmentation ne se retrouve pas dans les autres indicateurs. Les cas signalés uniquement en rapport avec la cocaïne ont été un peu plus nombreux en 1989 et 1990, mais ils ne représentent qu'une part modeste du nombre total de cas notifiés. De même, on a enregistré davantage de délits liés à la cocaïne, mais ils représentent moins de 6 % de la totalité des délits liés à la drogue (contre 75 % d'infractions en rapport avec l'héroïne). Il semblerait que l'on puisse se procurer de la cocaïne et qu'elle soit utilisée dans certains groupes, mais il ne s'agirait pas d'un phénomène de masse. Cela vaut aussi, semble-t-il, pour le LSD, les amphétamines et l'"ecstasy".

La proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse chez les personnes atteintes du SIDA a augmenté de façon constante pour s'établir à 16 % en 1990. La prévalence du VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse à Hambourg a été estimée à 10-15 %. Selon des données récentes de sources diverses, la prévalence du VIH serait inférieure.

2.8 Helsinki (population en 1990: 492.000 habitants)

Helsinki, capitale de la Finlande, est située au sud de la Mer Baltique. La région de la capitale, y compris les villes voisines, compte au total 873 000 habitants.

Politique

La politique finlandaise en matière de drogues est répressive et privilégie la lutte et la prévention. Les services de protection sociale et de santé pour les usagers de drogues reçoivent moins d'attention. La consommation de drogues a été déclarée illicite par décret en 1966 (en réaction à l'usage de haschisch par les jeunes, les amphétamines étant aussi interdits). La Loi sur les drogues de 1972 a confirmé ce décret, prévoyant des peines de prison pouvant aller jusqu'à 10 ans pour des infractions à la législation sur les drogues. De lourdes amendes sont aussi prévues. En 1981, un grand nombre de substances médicales psychoactives ont été déclarées illicites. La police jouit de pouvoirs accrus qui lui permettent de procéder à des arrestations et à des perquisitions sur la base de simples soupçons concernant l'abus de substances pharmaceutiques.

Des unités spéciales de police anti-drogue ont été créées à la fin des années 60. Au milieu des années 70, 100 enquêteurs spécialisés travaillaient dans les services de police et de douane finlandais. Dans les années 80, ce nombre a augmenté du fait de la création d'unités locales. L'unité de police anti-drogue d'Helsinki comprend 40 personnes, sans compter l'unité anti-drogue du département central de police judiciaire. Les enquêtes sur les délits liés à la drogue reposaient sur de longs interrogatoires, des confessions et des informations obtenues lors d'auditions, même pour des délits relativement mineurs. La durée de détention a été raccourcie par suite de l'adhésion de la Finlande au Conseil de l'Europe.

L'approche en matière de traitement et de réadaptation est la même que pour l'alcoolisme. A la fin des années 60, des centres pour jeunes toxicomanes ont été créés pour répondre aux préoccupations suscitées par la consommation de haschisch. Les années 70 ont vu la fermeture d'un certain nombre de ces centres, faute d'une demande suffisante, et d'autres se sont concentrés sur les cas d'intoxication par l'alcool et de polyintoxication. La plupart des toxicomanes sont traités dans des unités spécialisées dans l'alcoolisme; à signaler cependant que quelques centres de traitement des toxicomanes ont été ouverts à la fin des années 80. L'action préventive vise principalement les écoles et comprend aussi bien diverses manifestations contre la drogue que des cours sur l'alcool et les drogues.

La politique en matière de drogues fait actuellement l'objet d'un vif débat. Les attitudes des pouvoirs publics sont généralement très strictes; cela dit, on observe certaines tendances à appliquer des méthodes plus libérales. Les rapports fournis par les autorités soulignent la nécessité de remplacer les sanctions prévues en cas d'usage de drogues par diverses mesures librement consenties passant par des services de traitement et d'action sociale. Cette recommandation va à l'encontre des associations de parents qui exigent un traitement coercitif des usagers de drogues.

Il n'est pas procédé systématiquement à une compilation de données sur l'usage de drogues, mais les données fondées sur les indicateurs suivants sont jugées fiables: admissions dans les hôpitaux, décès liés à la drogue, cas d'hépatite B et prévalence du VIH, arrestations, condamnations à des peines de prison et saisies de drogues illicites. Plusieurs enquêtes ont été effectuées auprès des jeunes et des appelés (au contingent).

Profils de la consommation de drogues

A partir des années 30, on recensait entre 200 et 400 morphinomanes et amphétaminomanes chaque année, mais ce n'était pas considéré comme un problème social. A la fin des années 60, l'usage du haschisch par les jeunes est devenu apparent. Des études réalisées au début des années 70 ont indiqué que 17 à 23 % des écoliers de Helsinki avaient touché à la drogue (le plus souvent du cannabis). Pendant les années 70 et 80, l'usage du cannabis a diminué. En 1987, la prévalence sur la vie de l'usage de drogues chez les plus jeunes avoisinait les 10 %. Depuis, on observe des signes d'une certaine augmentation de la consommation de haschisch et de substances médicales. La consommation est à risque lorsqu'elle associe plusieurs drogues, y compris l'alcool. Chez les jeunes, il s'agit de la consommation de solvants en association avec de l'alcool. L'usage impropre de solvants et de médicaments en association avec de l'alcool est répandu de façon assez uniforme dans l'ensemble du pays, mais la consommation de cannabis et de drogues dures est concentrée à Helsinki. On estime à environ 500 le nombre d'usagers de drogues par voie IV à Helsinki et

à 2000 le nombre de consommateurs relativement réguliers de haschisch. L'héroïne et la cocaïne sont peu répandues.

Il n'y a pas de collecte systématique de données sur les usagers de drogues en contact avec des services sociaux ou des centres de traitement. Les toxicomanes représentent un infime proportion (moins de 0,5 %) par rapport aux alcooliques. Ceux qui prennent des médicaments à des fins autres que médicales sont environ quatre fois plus nombreux que ceux qui abusent de drogues. Une étude ponctuelle réalisée dans des centres de traitement en 1990 a révélé que 200 à 300 toxicomanes demandaient à se faire traiter à Helsinki. Certains étaient des opiomanes, mais les cas de polytoxicomanie étaient courants, tandis que d'autres ne prenaient que de l'alcool et des substances médicales. Selon les données fournies par les hôpitaux, il y aurait entre 10 à 15 épisodes de traitement de la toxicomanie par an à Helsinki (contre 40 pour l'ensemble du pays, chiffre à rapprocher des 14 000 admissions enregistrées chaque année pour abus d'alcool et/ou de médicaments). On a noté une certaine augmentation ces dernières années, mais les nombres sont faibles et pourraient bien s'expliquer par les changements survenus en 1987 dans le mode d'enregistrement des statistiques et par l'ouverture d'une clinique de désintoxication à l'Université de l'Hôpital central d'Helsinki.

Le nombre de cas d'hépatite B a légèrement augmenté ces dernières années, mais il se pourrait bien qu'environ 30 % d'entre eux soient liés à la drogue. 4 % des 370 personnes identifiées comme séropositives étaient des usagers de drogues par voie intraveineuse. En 1990, il n'y avait pas d'usagers de drogues par voie intraveineuse parmi les personnes atteintes du SIDA. Il y a eu deux décès dus à un empoisonnement par la drogue en 1988 et six en 1989. Des études toxicologiques réalisées sur des sujets décédés de sexe masculin entre 15 et 34 ans ont révélé dans 10 à 15 cas des traces de drogue entre 1988 et 1990. Ces traces comportaient presque toutes du cannabis, pour la moitié d'entre elles des opiacés et pour un tiers des amphétamines.

Les arrestations pour des délits liés à la drogue se sont multipliées de 1981 à 1984, notamment à cause de la loi de 1981 interdisant de nombreuses substances médicales. Depuis lors, le chiffre des arrestations est resté stable. Le cannabis est le plus souvent en cause, suivi des médicaments et des amphétamines. Il y avait très peu de délits liés aux drogues dures. Selon une étude réalisée sur les conducteurs suspectés de conduite en état d'ivresse, les drogues les plus répandues sont le cannabis, les amphétamines et les opiacés à usage médical. Le nombre de personnes emprisonnées pour infraction à la loi sur les drogues a augmenté depuis le milieu des années 80, mais ne représente que 3 à 4% de la population carcérale. 11% de cette population a consommé de la drogue au moins une fois par mois. Les saisies de drogue à Helsinki et en Finlande en général sont très modestes en comparaison avec d'autres parties de l'Europe. Les saisies les plus importantes sont effectuées pendant le transit à destination ou en provenance des pays voisins. Les prix des drogues illicites sont plus élevés que dans la plupart des autres pays européens; à noter cependant que le prix de la cocaïne a diminué de moitié après 1988.

2.9 Lisbonne (population du Grand Lisbonne en 1991: 1 850 000 habitants)

Lisbonne, capitale du Portugal, est située sur la côte, dans le centre du pays. Sa situation géographique et ses liens coloniaux historiques avec l'Afrique et l'Amérique du Sud sont des facteurs importants en ce qui concerne le cannabis et la cocaïne.

Politique

La prévention est le principal objectif de la politique portugaise en matière de drogues. Le plan national "Projet pour la vie", élaboré en 1987, couvre la prévention primaire, le traitement, la réadaptation et la lutte contre le trafic de drogues. Un comité interministériel est responsable de la politique générale. Il y a aussi un Conseil national composé de représentants d'ONG et d'experts, ainsi qu'un Bureau national de coordination.

Le Portugal mène une politique sévère à l'égard du trafic de drogues. La loi de 1983 prévoit jusqu'à 12 ans de prison pour les délits graves; à signaler cependant la possibilité de suspendre les sentences si l'utilisateur-trafiquant accepte de suivre un traitement. La peine maximale pour de simples délits d'usage de drogues est de trois mois. En 1992, la loi a été modifiée à l'effet d'accroître les incitations à suivre un traitement (et pour permettre le contrôle des avoirs bancaires et les investigations concernant les précurseurs).

La prévention primaire s'inscrit dans des projets locaux visant à constituer des réseaux constitués de toute une série de professionnels, d'écoles, de parents etc.. La formation de professionnels de la santé et de l'enseignement en est une composante importante. La lutte contre les trafiquants est coordonnée par un groupe de planification des services de police/douane. Des projets d'éducation en matière de drogues ont démarré dans les prisons.

Les premiers centres publics de traitement des toxicomanes ont été créés en 1976/77; ils offrent des soins en régime ambulatoire et, pour deux d'entre eux, en régime hospitalier, ainsi que des thérapies individuelle et de groupe et, dans une certaine mesure, un traitement à la méthadone (mais pas une maintenance). En 1987 ont été créés de nouveaux services publics de traitement et toute une série d'autres services (centres SOS-détresse, unités de désintoxication, structures de refuge). Le secteur privé s'est engagé dans des activités de communautés thérapeutiques, des programmes de prévention primaire aux côtés d'organisations caritatives. En 1990, un nouveau service (SPTT) a été ouvert au sein du Ministère de la santé. Ce service coordonne tous les centres de traitement et règle aussi les activités d'organisations non-gouvernementales.

Jusqu'en 1990, la collecte de données nationales a été effectuée à l'échelon national par le GPCCD. Les indicateurs de l'offre et de la demande sont publiés chaque année. Des enquêtes en milieu scolaire, conçues en collaboration avec le Groupe Pompidou, ont été réalisées dans diverses régions (y compris Lisbonne) depuis 1987. Des enquêtes sont en cours dans le milieu carcéral. Depuis 1990, le Ministère de la Santé réorganise son service de collecte de données dans le cadre du SPTT.

Profils de la consommation de drogues

Comme dans de nombreux pays, la consommation de drogues illicites est apparue pour la première fois dans les années 60 chez les jeunes, principalement du cannabis, mais aussi du LSD et des amphétamines. Dans les années 70, les disponibilités et la consommation de cannabis ont augmenté, en partie en relation avec la période post-coloniale en Afrique et le retour des forces militaires et des expatriés. Le premier cas de morphinomanie est apparu en prison dans les années 60. Dans les années 80, l'héroïnomanie a fait son apparition et a connu une forte expansion. Plus récemment, la cocaïne est devenue plus facile à trouver et la consommation a augmenté. A l'heure actuelle, l'héroïne est en cause dans plus de 90 % des admissions pour traitement.

Il n'y a pas d'études sur la prévalence de l'usage de drogues au sein de la population globale. Depuis 1987, des enquêtes ont été effectuées auprès d'écoliers entre 12 et 18 ans. Elles ont fait apparaître une prévalence sur la vie de l'usage de cannabis de 8,8 % à Lisbonne en 1988 (contre 3,1 % pour l'ensemble du Portugal en 1989). Les chiffres pour l'héroïne et la cocaïne étaient 1,8 % (0,8 %) et 1,5 % (0,6 %), respectivement. Les taux chez les enfants plus âgés étaient plus élevés (par exemple, 27 % de prévalence sur la vie pour le cannabis dans la tranche d'âge entre 17 et 18 ans à Lisbonne en 1987). Ces études sont conçues comme une série d'enquêtes régulières, mais il est encore trop tôt pour qu'elles puissent servir à identifier des tendances.

Les indicateurs indirects pour le cannabis, en particulier pour les quantités saisies, fluctuent entre 1987 et 1991. Cependant, les nombres de saisies et de personnes arrêtées sont restés relativement stables.

On ne dispose pas d'estimations fiables de la prévalence de l'héroïnomanie. Le nombre des premières demandes de traitement a augmenté de 1987 à 1988 par suite de l'expansion des services à Lisbonne. La légère hausse enregistrée en 1989 s'expliquait par la croissance des services en dehors de Lisbonne. Cela dit, les premières demandes de traitement se sont multipliées en 1991. De même, le nombre de décès liés à la drogue (en majorité des héroïnomanes) a augmenté, surtout à partir de 1989. L'amélioration des méthodes d'enregistrement y est peut-être pour quelque chose, mais elle ne saurait sans doute expliquer à elle seule la forte hausse enregistrée récemment. On ne dispose pas de données sur les saisies et les arrestations pour Lisbonne de 1987 à 1991. Il reste que les quantités d'héroïne saisies au Portugal ont augmenté à partir de 1987. De même, le nombre de saisies et d'arrestations en rapport avec l'héroïne (destinée presque exclusivement à l'usage personnel) a augmenté de manière sensible, notamment à partir de 1989, alors que les prix baissaient. Pris dans leur ensemble, ces indicateurs semblent faire ressortir que l'usage d'héroïne continue d'augmenter à la fin des années 80, mais cette interprétation est à prendre avec prudence. En effet, l'âge des personnes arrêtées pour infraction à la législation sur les drogues (l'héroïne était en cause dans 48 % des cas) s'est élevé entre 1987 et 1991.

Les seuls indicateurs disponibles pour la cocaïne attestent une augmentation des quantités saisies (plus de 1000 kg en 1991) et du nombre de saisies et d'arrestations (surtout à partir de 1989). Cela étant, le nombre de personnes arrêtées en rapport avec la cocaïne en 1991 ne représentait que 11 % des arrestations pour détention d'héroïne, et les usagers de cocaïne signalés par les centres de traitement sont assez peu nombreux.

La proportion d'usagers de drogues par voie IV parmi les cas de SIDA est passée de moins de 5% en 1987 à près de 15% en 1991. La séroprévalence chez les toxicomanes en traitement serait relativement élevée.

2.10 Londres (population du Grand Londres en 1990: 6 795 000 habitants)

Londres est la capitale du Royaume-Uni. Environ 17 % de la population est composée de Noirs et de minorités ethniques. Le chômage n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Il n'y a pas à Londres une autorité unique, ce qui rend difficile la collecte de données pour l'ensemble de la capitale.

Politique

Les objectifs de la politique britannique en matière de drogues consistent à réduire l'offre et la demande par le contrôle des importations, une meilleure réglementation, le contrôle des ordonnances médicales, le renforcement des moyens de dissuasion et l'amélioration des méthodes de traitement, de réadaptation et de prévention. Ces dernières années, la prévention de l'infection par le VIH a eu rang de priorité par rapport à la réduction de la consommation de drogues, et toute une série de mesures ont été mises en oeuvre aux fins de la réduction des risques liés à la drogue. La politique globale est coordonnée par un Groupe ministériel installé au siège du Conseil des ministres. La fourniture de services (santé, éducation, services d'action sociale, police) relève principalement des collectivités locales, qui jouissent d'une importante marge de manoeuvre pour fixer les priorités et décider de la ligne d'action à suivre.

La législation britannique établit une distinction entre les drogues en fonction de leur nocivité perçue et selon que le délit porte sur le trafic/fourniture ou seulement sur la détention de drogues. Les sanctions prévues pour les délits de fourniture de drogues sont plutôt sévères (jusqu'à la prison à perpétuité). Ces dernières années, on a observé une nette tendance à donner un avertissement aux personnes possédant de petites quantités de drogues plutôt qu'à les poursuivre. Cela dit, il apparaît que les activités de police au niveau de la rue et du trafic se sont intensifiées. Les stratégies de traitement ont évolué au fil des années. Dans les années 60 et 70, la maintenance (d'abord à l'héroïne, puis à la méthadone) était couramment appliquée aux opiomanes. A partir de la fin des années 70, il sera accordée une plus grande importance aux méthodes davantage orientées vers l'abstinence. Une série de services ont été mis sur pied au cours des années 70 et 80: centres de traitement en régime ambulatoire (quelques uns en milieu hospitalier), communautés d'accueil, organismes de proximité, centre SOS-détresse et groupes d'autoassistance. Les médecins généralistes (qui peuvent prescrire la plupart des drogues aux toxicomanes, à l'exception de l'héroïne, de la cocaïne et de la dipipanone) et les agents de probation sont aussi d'importantes sources d'assistance. A partir du milieu des années 80, les services mis en place ont élargi leur mode d'action: activités d'approche et de rencontre des toxicomanes, échanges de seringues, programme de maintenance à la méthadone à seuil minimum d'admission et interventions auprès des usagers de drogues autres que les opiacés. Dans de nombreux districts, des équipes communautaires pour les problèmes de drogues ont été créées pour assurer un service complet, depuis la prévention et la formation jusqu'au traitement, en passant par des mesures de réduction des risques et par le soutien aux professionnels dans ce domaine.

La philosophie de la prévention a aussi évolué. Dans les années 70, on appliquait des tactiques de dissuasion locales, ponctuelles et fiables. Dans les années 80, le gouvernement a lancé une série de campagnes de grande envergure par l'intermédiaire des médias, avec distribution de brochures d'information, et alloué des fonds aux fins de la création de postes d'agents de la prévention en matière de drogues au sein de l'administration locale de l'éducation. Plus récemment, on a commencé à privilégier la prévention à l'échelon local par le biais de communautés multi-institutionnelles, et ce aussi bien pour la drogue que pour le SIDA. L'éducation en matière de drogues s'inscrit généralement dans une conception plus globale de l'éducation sanitaire.

Les tendances de la consommation de drogues ont été surveillées pendant de nombreuses années à travers les cas de toxicomanie signalés au Home Office. Récemment, les autorités régionales de la santé ont installé des bases de données sur les usagers de drogues "à problème" en contact avec toute une série de services. Ces données sont complétées par les statistiques sur les arrestations, les condamnations, les saisies de drogues, le degré de pureté et les prix. Les données sur les décès liés à la drogue deviennent plus fiables. Des études relativement nombreuses ont été effectuées, y compris des études locales à indicateurs multiples, des études ethnographiques et des études sur les activités d'approche et de rencontre des toxicomanes, la recherche d'assistance et les comportements à risque.

Profils de la consommation de drogues

L'usage de cocaïne a été préoccupant pendant et après la première guerre mondiale, et on recensera quelques cas de morphinomanie jusque dans les années 60. A la fin des années 50/début des années 60, la consommation d'amphétamines par les jeunes a augmenté, suivi du cannabis et, par la suite, du LSD à la fin des années 60/début des années 70. La première "épidémie" d'héroïnomanie et de cocaïnomanie (les drogues étant fournies par les médecins) s'est déclarée dans les années 60.

Les années 70 ont vu se développer les marchés clandestins de l'héroïne, des amphétamines et de la cocaïne. Le cannabis est resté la drogue la plus couramment utilisée, mais l'usage du LSD a décliné. La consommation de solvants par de jeunes adolescents prend une ampleur inquiétante. Les barbituriques et les drogues du type des amphétamines sont également consommés de manière impropre. Lente au début des années 80, la progression de l'opiomane s'est accélérée à la fin des années 70/début des années 80. Les raisons en sont à la fois l'accroissement de la demande et la baisse des prix de l'héroïne en provenance du Sud-est asiatique, ainsi que l'évolution des attitudes vis à vis de l'héroïne et du mode d'administration. La prévalence de l'usage régulier d'opiacés (principalement l'héroïne) à Londres en 1984 a été estimée à 20-30 000 sujets (environ 10 pour 1000 personnes entre 15 et 39 ans). Par la suite, l'incidence a diminué et la prévalence s'est stabilisée. On observe depuis deux ans quelques signes d'une possible remontée de la prévalence. Il est devenu plus facile de se procurer de la cocaïne, mais le nombre de patients souffrant d'un problème primaire de cocaïne reste modeste dans les services de traitement et autres. Le "crack" est devenu plus visible dans certains faubourgs de Londres, mais on ne pense pas pour autant que la consommation de cette drogue soit très répandue. La consommation d'amphétamines et de MDMA ("ecstasy") a aussi augmenté ces dernières années.

On ne dispose pas de résultats d'enquête récents sur la consommation de drogues au sein de la population globale, et rares sont les données d'enquête disponibles sur des groupes de jeunes ou des groupes d'individus d'âge scolaire. Une enquête effectuée en 1986 a indiqué que 20 % des adolescents entre 11 et 16 ans dans six écoles de Londres ont essayé des drogues illicites ou des solvants.

Les indicateurs d'une consommation plus grave montrent qu'après une accalmie au milieu des années 80, les premières demandes de traitement (en majorité des héroïnomanes) en cette fin de décennie seraient plus nombreuses que les mises en traitement de récidivistes. Les quantités d'héroïne saisies se sont également accrues pendant cette période, tandis que les prix sont restés stables (avec une tendance à la baisse par rapport à l'inflation) et le degré de pureté s'est élevé. Cela dit, il y a eu moins d'arrestations en rapport avec l'héroïne, et le nombre de décès liés à la drogue est resté relativement stable; à noter cependant une légère hausse en 1990. Bien que le marché de l'héroïne demeure actif, on ne sait pas exactement si la prévalence a de nouveau augmenté, si la police a modifié ses priorités pour diriger davantage ses efforts vers la cocaïne et l'"ecstasy" que vers l'héroïne ou si les inquiétudes suscitées par le SIDA et les mesures prises pour généraliser l'accès aux services ont conduit un plus grand nombre de toxicomanes à demander assistance.

La moyenne d'âge des nouveaux toxicomanes signalés a légèrement augmenté pour atteindre 27 ans en 1990, contre 25 ans en 1985. Près de 30 % sont de sexe féminin et environ 65 % des toxicomanes nouvellement signalés procèdent par injection. Ce sont en majorité des ressortissants britanniques de couleur blanche. Ils prennent presque tous un assortiment de drogues, y compris l'héroïne. Ces dernières années, la consommation (souvent par voie intraveineuse) de buprenorphine et de témazépam a augmenté.

Les quantités de cocaïne saisies se sont considérablement accrues depuis le milieu des années 80, passant de plus de 1000 kg en 1991 à plus de 2000 kg en 1992. Les prix sont restés stables ou ont légèrement baissé, alors que le degré de pureté a diminué au cours des deux dernières années. Cela étant, le nombre d'arrestations à Londres en rapport avec la cocaïne n'a pas augmenté aussi rapidement, non plus que le nombre de saisies de petites quantités. Par contre, les saisies de "crack" se sont nettement multipliées. La proportion de nouveaux toxicomanes signalés en rapport avec la cocaïne est restée assez constante (10-12 %) et compte davantage d'héroïnomanes prenant de la cocaïne que des cocaïnomanes à strictement parler. La cocaïne est presque inmanquablement citée dans les cas d'usage de drogues signalés par le personnel médical pénitentiaire, alors qu'elle est rarement mentionnée dans les données sur les décès liés à la drogue.

Selon d'autres indicateurs, la forte augmentation du nombre d'arrestations en rapport avec le cannabis en 1989 et 1990 résulte beaucoup plus de l'intensification des activités de police que d'une évolution dans le niveau de consommation de cannabis.

A la fin de 1991 ont été signalés près de 5 500 cas de SIDA, dont 6 % étaient des usagers de drogues par voie IV (certains étant homosexuels). Les estimations de la prévalence de l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues par voie IV à Londres varient entre 5 et 15 %. Plusieurs études indiquent que l'étendue et la fréquence des pratiques d'injection à risque ont diminué, mais aussi que les usagers de drogues sont moins nombreux à avoir modifié leur comportement sexuel.

2.11 Oslo (population en 1990: 458 000 habitants)

Oslo est la capitale de la Norvège. Le taux de chômage est faible, mais il a augmenté ces dernières années, atteignant 4,3 % en 1990.

Politique

L'objectif global de la politique norvégienne est une société sans drogue. Il existe un consensus général selon lequel l'abus de drogues est inacceptable sous toutes ses formes. Cela se traduit par des mesures visant à supprimer l'offre et la consommation de drogues en combinant la prévention primaire, des sanctions sévères et tout un éventail de services d'action sociale et de santé.

Au cours des 20 dernières années, la législation norvégienne est devenue l'une des plus strictes d'Europe. La loi sur les drogues de 1964 avait porté à deux ans de prison la peine maximale pour les délits liés aux drogues. En 1968, elle a été portée à six ans (pour trafic), et la consommation de drogues, comme d'ailleurs le fait d'en posséder, est devenue une infraction. Depuis 1984, la peine maximale est passée à 21 ans, la plus lourde prévue par les lois norvégiennes. Les délits moins graves sont traités dans le cadre des dispositions de la loi sur les drogues (deux années de prison au maximum) et les délits plus graves relèvent du Code pénal. La confiscation des avoirs, la mise sur table d'écoute, le contrôle du courrier et les investigations sur les précurseurs sont autorisés. Le contrôle des ordonnances médicales est très strict. Depuis 1985, les délits portant sur des drogues soumises à prescription médicale relèvent du Code pénal.

Un réseau d'unités de police anti-drogue s'est constitué au fil des années. Chaque circonscription judiciaire dispose d'enquêteurs spécialisés et d'un agent de liaison désigné pour maintenir le contact avec la Division centrale des stupéfiants. Sur les 200 officiers de police affectés aux brigades anti-drogues en Norvège, 87 sont en poste à Oslo. Les services de douane ont aussi leur propre unité spécialisée.

Le traitement et la réadaptation sont assurés par le système ordinaire de santé et de protection sociale. Des services spéciaux à l'intention des usagers de drogues ont été organisés au sein du système existant. Il s'agit de constituer un réseau complet de services s'appuyant sur les compétences des comtés et des municipalités. Le principe de base est que le traitement doit être librement consenti, encore qu'un traitement obligatoire soit prévu pour les moins de 18 ans. Les adultes peuvent être transférés de la prison à un centre de traitement pour y purger une partie de leur peine. Les toxicomanes condamnés peuvent aussi être placés en liberté surveillée (probation). Parmi les services proposés on peut citer le traitement en régime hospitalier et ambulatoire, la réadaptation et des ateliers. Élément important au niveau de la rue: les éducateurs/agents sociaux des "organismes de proximité" ou des équipes communautaires pour les problèmes de drogues, ainsi que les agents d'appui psycho-social "au coin de la rue" qui sont là pour conseiller, orienter et assister. Autre élément important: les équipes pluridisciplinaires constituées dans des hôpitaux psychiatriques et les cliniques de traitement d'urgence des toxicomanes. Le traitement est orienté vers l'abstinence, et ce n'est qu'en 1991 que sera introduit, à une échelle restreinte, la maintenance à la méthadone.

Le but de la prévention est de susciter une prise de conscience par l'éducation et l'information et de proposer aux jeunes des programmes de loisirs d'où la drogue est exclue. Le SIDA a introduit un nouvel élément. Des efforts considérables ont été entrepris pour éduquer les professionnels et les usagers de drogues par voie IV. Des programmes ont été lancés pour assurer la libre distribution et l'échange de seringues.

Il n'y a pas à Oslo (ni en Norvège en général) de système intégré de surveillance de la consommation de drogues. L'Institut national de recherche sur l'alcool et la drogue a mis en place un système fondé sur les enquêtes, l'enregistrement des marques de piqûres constatées sur les personnes arrêtées, la notification des demandes de traitement et les systèmes locaux de notification. On considère que les indicateurs les plus fiables sont les suivants: les arrestations, les études fondées sur les traces de piqûres chez les personnes arrêtées et les enquêtes réalisées auprès des jeunes. Les données relatives aux décès liés à la drogue fournissent des indications sur les usagers de longue durée. Les autres indicateurs sont jugés moins utiles.

Profils de la consommation de drogues

Avant 1965, il y avait quelques opiomanes (médecins, sages-femmes, certains patients). A la fin des années 60, la consommation de cannabis par les jeunes a commencé à se développer rapidement, suscitant une préoccupation croissante. L'usage de LSD et d'amphétamines est apparu au début des années 70. A cette même époque, une minorité a commencé à s'injecter de la drogue, d'abord de la morphine, puis des amphétamines. A la fin des années 70/début des années 80, l'abus d'héroïne a considérablement augmenté, puis s'est stabilisé au milieu des années 80.

Les enquêtes effectuées chaque année auprès des jeunes entre 15 et 20 ans à Oslo font apparaître certaines tendances entre 1968 et 1990. Pendant les années 70 et 80, la prévalence sur la vie de l'usage de cannabis a fluctué aux alentours de 20 %, avec une légère tendance à la baisse à la fin des années 80, pour s'établir à 16 % en 1991. Les solvants sont la deuxième drogue la plus répandue. La prévalence sur la vie a augmenté au début des années 70, puis fluctué autour de 10 %, alors que d'après la toute dernière enquête, elle serait tombée à 6 % en 1991. L'usage de LSD et d'amphétamines a connu une pointe au milieu des années 70. On ne signale pratiquement aucun cas de LSD, contre 2 % d'amphétamines. Il est fait état de 1,5 % d'héroïne et de cocaïne en 1989 et de seulement 0,5 % en 1991. Le taux de drogues illicites à Oslo représente environ le double du chiffre national, mais il est à peu près le même que pour l'alcool et les solvants.

Les enquêtes sur la population norvégienne globale (15 ans et plus) indiquent qu'au cours des 12 derniers mois la prévalence de la consommation de cannabis est passée de 1,8 % en 1985 à 2,5% en 1991. C'est dans la tranche d'âge comprise entre 18 et 20 ans que la prévalence est la plus forte (8,4 % en 1991, contre 6,5 % en 1985). L'augmentation de la prévalence dans la tranche d'âge entre 15 et 20 ans depuis 1985 contraste avec la diminution dont témoignent les résultats des enquêtes réalisées à Oslo.

D'après les estimations de la prévalence de l'injection de drogue par voie intraveineuse, la Norvège compterait en 1990 entre 4000 et 5000 usagers actifs par voie IV. Environ la moitié se trouve à Oslo. Les principales drogues prises par injection sont l'héroïne

et/ou les amphétamines. Une étude fondée sur les personnes arrêtées qui s'injectaient de la drogue entre 1987 et 1991 a révélé qu'il y avait parmi elles de nombreux injecteurs de longue durée (44 % depuis plus de 10 ans) et que seulement 17 % avaient commencé à s'en administrer par voie intraveineuse il y a moins de quatre ans. L'âge des personnes arrêtées en rapport avec l'héroïne et/ou les amphétamines s'est sensiblement élevé entre 1984 et 1989. La cocaïne est présentée comme une future menace, mais peu de cas sont signalés. Aucun cas de "crack" ou d'"ecstasy" n'a été rapporté.

Les indicateurs indirects du marchés clandestin montrent d'importantes variations dans les quantités de drogues saisies, qui restent faibles par rapport à plusieurs autres pays. Cela dit, le nombre des saisies d'héroïne, d'amphétamines et de cannabis ont régulièrement augmenté depuis le milieu des années 80. Le nombre de saisies de cocaïne est infime. Les prix sont élevés et ont été relativement stables pendant quelques années, à l'exception du prix de l'héroïne qui a chuté de 40 % en 1991.

De même, le nombre d'arrestations pour des délits liés à la drogue a augmenté pendant les années 80, et plus particulièrement après 1987. En 1991, 15 % des personnes inculpées par la police d'Oslo étaient des étrangers (contre 11 % en 1985). A Oslo, le nombre des personnes arrêtées en rapport avec les amphétamines n'a pas beaucoup augmenté entre 1984 et 1989 et celui des personnes arrêtées en rapport avec l'héroïne a connu une légère hausse. L'augmentation du nombre d'arrestations était liée en majeure partie au cannabis et à d'autres drogues. L'âge de l'ensemble des auteurs d'infractions s'est élevé depuis 1985. On a enregistré une progression plus importante en ce qui concerne les arrestations pour des infractions au Code pénal. Cela étant, le nombre de condamnations à la prison pour des infractions à la législation sur les drogues est resté relativement stable pendant les années 80, avec une légère augmentation en 1990.

Les quelques données disponibles sur les demandes de traitement, fournies par deux services de Oslo, indiquent une diminution de leur nombre. Par contre, le nombre de décès liés à la drogue a augmenté de manière constante pendant les années 80 et plus brutalement en 1990 et 1991.

Il est probable que l'augmentation des saisies et des arrestations observée ces dernières années soit la conséquence de l'intensification des activités de répression ou de l'évolution des méthodes d'intervention de la police plutôt que d'une forte hausse de la consommation de drogues. Cette explication est corroborée par l'âge plus élevé des personnes arrêtées pour infraction à la législation sur les drogues (le plus souvent en rapport avec le cannabis). Par ailleurs, pendant les années 80, le nombre de cas signalés par personne inculpée est passé d'environ 1,7 en 1980 à 2,7 en 1991. Cela n'exclut pas pour autant qu'il ait pu y avoir récemment un certain accroissement, notamment sur le plan des disponibilités d'amphétamines et de leur consommation. On peut supposer que la hausse de la mortalité liée à la drogue est le fait d'un groupe de toxicomanes de longue durée, dont plusieurs étaient séropositifs (VIH).

Près de 12 % des cas de SIDA signalés étaient des usagers de drogues par voie IV. Le nombre de décès liés à la drogue a diminué depuis 1986. On estime que 5 à 8 % des usagers de drogues par voie IV sont séropositifs (VIH).

2.12 Paris (population du Grand Paris en 1990: 6 140 000 habitants)

Le grand Paris comprend le centre de Paris et les banlieues intérieures que couvrent trois départements. Le taux de chômage en 1990 était de 9,4 % (13,7 % des moins de 25 ans).

Politique

La politique française en matière de drogues repose sur deux éléments: le châtement des trafiquants, d'une part, et le traitement des toxicomanes et la prévention, de l'autre. La principale législation en la matière est la loi de 1970 (rendue plus sévère en 1986 et 1987) sur les mesures sanitaires contre la toxicomanie, le trafic et l'usage illicite de substances dangereuses. Elle prévoit des peines de prison entre 2 et 10 ans en cas de trafic de drogues et entre 2 et 12 mois en cas de consommation. Cela dit, la loi exige que toute personne faisant un usage illicite de drogues soit placée sous le contrôle d'une autorité de la santé. En cas de premier délit de consommation, il ne sera pris aucune mesure si la personne accepte de suivre un traitement. Dans tous les cas, y compris en cas de récidive, il est laissé à la discrétion du magistrat d'engager officiellement une procédure. Le traitement volontaire est gratuit, garanti et anonyme. La loi ne fait aucune distinction entre les différentes drogues.

Il n'y a pas en France de ligne d'action rigide en matière de traitement, mais plutôt un réseau de services divers. Paris compte plus de 30 centres spécialisés assurant un traitement et une réadaptation en régime hospitalier et ambulatoire. Les centres de traitement en régime hospitalier sont soit des unités intégrées à des hôpitaux soit des communautés thérapeutiques. La philosophie du traitement inclut la formation professionnelle ainsi que des méthodes spécifiques telles que la thérapie individuelle, de groupe et en famille. La méthadone est utilisée à une échelle restreinte. Les centres de traitement spécialisés travaillent en collaboration avec des hôpitaux et des services de santé et d'action sociale non spécialisés. Les non-spécialistes sont plus étroitement associés aux soins qu'auparavant. Pour contrer le SIDA, la vente de seringues a été libéralisée en 1987. A Paris, deux programmes d'échange de seringues sont actuellement mis en oeuvre (à titre expérimental). Des centres à faible seuil d'admission pour les toxicomanes de trottoir sont actuellement aménagés à titre d'essai.

La répression à l'échelon national relève de l'OCTRIS. A Paris, la Brigade des stupéfiants comptait environ 140 personnes en 1986 et 150 en 1992. Depuis 1987, des équipes spéciales (trois dans la région parisienne) ont été créées pour aider les toxicomanes en prison.

Il a été décidé récemment de créer un observatoire pour les drogues. Jusqu'à présent, la Mission interministérielle collectait les informations et émettait des avis sur les mesures à prendre. Il n'existe pas à Paris de structure chargée de la collecte de données de différentes sources. Les données sur les demandes de traitement montrent une amélioration depuis le dernier rapport. Les autres indicateurs tels que les arrestations, les décès liés à la drogue et les saisies sont à interpréter avec prudence, eu égard aux changements survenus aussi bien dans les activités de police que dans les pratiques d'enregistrement. Plusieurs études ethnographiques sont une précieuse source d'information sur les disponibilités de drogues, les prix et les tendances de la consommation dans différents quartiers et milieux. Ces études portaient principalement sur les héroïnomanes (du trottoir et des prisons), les prostitué(e)s, les usagers de cocaïne et sur la consommation de diverses substances médicales. L'INSERM a effectué des enquêtes dans des centres de traitement et des prisons.

Profils de la consommation de drogues

L'usage de drogues dans sa forme actuelle est apparu pour la première fois dans la deuxième moitié des années 60. Jusqu'en 1973, les drogues en cause étaient principalement le cannabis et le LSD. On pouvait se procurer de l'héroïne, mais seul un petit groupe bien particulier en consommait. A partir de 1973/74 est apparue l'héroïne grise en provenance de l'Asie du Sud-est. Pendant la seconde moitié des années 70, le marché de l'héroïne s'est développé et diversifié. Entre 1970 et 1982, l'usage d'héroïne et l'héroïnomanie se sont rapidement répandus. La majorité des toxicomanes venaient des couches sociales les plus défavorisées, et le lien entre la criminalité et la toxicomanie s'est renforcé. Après 1982, le rythme de croissance s'est ralenti et on constate un vieillissement de la population de toxicomanes. Néanmoins, le marché de l'héroïne est resté actif, et l'incidence des nouveaux usagers s'est maintenue, notamment depuis 1988. On observe une certaine tendance à sniffer de l'héroïne et à consommer des substances médicales contenant des opioïdes, telles la codéine ou la buprenorphine.

La cocaïne, utilisée au début surtout par un petit groupe socialement privilégié, a fait son apparition en tant que "drogue de trottoir" en 1982 et davantage encore après 1984. Elle est utilisée par de nombreux héroïnomanes et par des groupes socialement plus intégrés, encore que l'approvisionnement en cocaïne soit étroitement lié au marché de l'héroïne. On a repéré du "crack" à partir de 1988, et il est possible de s'en procurer dans plusieurs quartiers de Paris. Une autre évolution importante est la consommation accrue de substances psychoactives (benzodiazépines et/ou codéine en association avec de l'alcool) par des jeunes qui n'étaient pas forcément des héroïnomanes.

Les indicateurs font ressortir certains de ces profils. Les quantités d'héroïne saisies ont légèrement augmenté en 1989 et 1990, tandis que les saisies de cocaïne sont beaucoup plus importantes depuis 1985, et plus particulièrement en 1989/90, atteignant 1 840 kg en 1990. Les quantités de cannabis ont aussi augmenté. Malgré ces saisies, les prix sont stables depuis 1987, ce qui représente une baisse en termes réels.

Bien que le nombre des saisies d'héroïne à Paris ait un peu augmenté entre 1986 et 1989, le nombre d'arrestations est resté le même, c'est-à-dire inférieur au niveau de 1985. Pour la cocaïne, les chiffres ont augmenté mais demeurent numériquement modestes (environ 10% de ceux pour l'héroïne en 1989). Le nombre d'arrestations pour infraction à la législation sur les drogues a augmenté en France en 1991, mais a diminué à Paris, apparemment à cause des changements survenus dans les activités de police.

Les demandes de traitement en France ont augmenté de près de 50 % entre 1987 et 1990, mais l'on ne dispose pas de données sur les tendances à long terme. En 1990, d'après les résultats de l'enquête réalisée par le SESI (Ministère des affaires sociales), il y avait 45 % de premières demandes de traitement, contre 37 % pour Paris. Cependant, il n'est pas exclu que ces chiffres soient surestimés. A Paris, l'héroïne est la principale drogue en cause dans les demandes de traitement (60 % en 1989), suivie de la cocaïne (2 %). En 1989, les toxicomanes avaient en moyenne deux ans de plus qu'en 1985 (27 ans au lieu de 25 ans).

Le nombre de décès liés à la drogue a régulièrement augmenté depuis 1985, en France en général et à Paris. On estime que 25-30 % des usagers de drogues par voie intraveineuse

à Paris sont séropositifs (VIH). 18% des personnes atteintes du SIDA sont des usagers de drogues par voie intraveineuse et ce pourcentage ne cesse de croître. D'après les renseignements disponibles, les comportements à risque ont régressé, grâce aux échanges de seringues et à un comportement sexuel plus prudent.

2.13 Rome (population de la province de Rome en 1990: 3 800 000 habitants)

La province de Rome inclut la municipalité (2,8 millions d'habitants)

Politique

L'objectif à long terme de la politique italienne est l'éradication de la toxicomanie. Cela dit, des stratégies à court terme sont élaborées pour endiguer le phénomène et ses conséquences extrêmement graves. Cette politique reconnaît aussi les droits de la société et des individus (par exemple, le droit aux soins médicaux, la liberté individuelle). Il s'agit de prendre des mesures vigoureuses contre les trafiquants de drogues et le crime organisé et de promouvoir en même temps le traitement et la réadaptation des toxicomanes.

La loi de 1975 (amendée par une autre loi en 1990) fait la distinction entre les drogues "dures" (drogues engendrant une dépendance) et les drogues "douces" (dont le cannabis). Les peines de prison pour trafic de drogues dures vont de 4 à 15 ans, et de 2 à 6 ans pour le trafic de drogues douces. Des peines plus lourdes pouvant aller jusqu'à 30 ans sont aussi prévues pour les délits impliquant d'autres actes délictueux ou relevant du crime organisé. Cette loi dispose également qu'un toxicomane ne peut être puni pour la détention de petites quantités (bien que la détention de drogue soit considérée comme un délit). Le terme "petite" a été défini par rapport à l'état particulier du toxicomane. Cette dernière disposition a été remplacée dans la loi de 1990 par le concept de "dose moyenne journalière" et par une série de peines progressives visant à dissuader les toxicomanes et à les encourager à suivre un traitement. Des mesures encore plus énergiques ont été prises contre le trafic de drogues (saisie des avoirs, gel des comptes en banque, contrôle du courrier, etc.).

La politique en matière de traitement vise à offrir un gamme complète de services. Des services publics (de soins ambulatoires) sont rattachés à chaque centre de santé local (12 à Rome) et proposent un traitement pharmacologique (méthadone, naltraxone) et un traitement psycho-social. A noter aussi plusieurs communautés à régime hospitalier ou semi-hospitalier qui proposent un traitement par sevrage complet en y associant le soutien de la famille.

Jusqu'en 1989 la pharmacovigilance était assurée par le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la santé. Après juillet 1990 cette tâche a été attribuée simultanément au Département du contrôle de l'abus de drogues du Ministère de l'Intérieur (collecte des données globales et information sur les tendances provenant de toutes sources) et au Service central pour l'alcoolisme et la toxicomanie du Ministère de la Santé (collecte des données concernant les problèmes de la santé, le traitement, les protocoles de recherche et l'évaluation). Les données relatives aux traitements sont régulièrement collectées auprès des services publics et des communautés à régime hospitalier. Le Département des établissements pénitentiaires fournit des données sur les toxicomanes, les séropositifs (VIH) et les cas de SIDA en milieu carcéral. Les données obtenues par ces différentes structures sont évaluées et analysées par l'Institut Supérieur de la Santé (I.S.S.). Les principaux indicateurs utilisés

sont les suivants: données relatives aux traitements, décès liés à la drogue, les toxicomanes en prison, les cas de SIDA et de séropositivité (VIH), et les quantités de drogues saisies. Les études épidémiologiques incluent l'analyse d'urine des appelés (1980-82), un projet de recherche ciblé (1983-87), une étude en boule de neige sur la cocaïne et d'autres études locales.

Profils de la consommation de drogues

L'abus de drogues a commencé à se développer en tant que phénomène de masse chez les jeunes au milieu des années 60. L'héroïne fait son apparition au cours des années 70. A partir de 1974/75, le niveau de la toxicomanie s'est élevé considérablement et l'offre de drogue de plus en plus criminalisée. Dans la première moitié des années 80, l'expansion de l'héroïnomanie faiblit. En revanche, on voit se diversifier la consommation de substances psychoactives et médicales. Il devient de plus en plus facile de se procurer de la cocaïne dans la seconde moitié des années 80, mais les cas signalés par les services de traitement sont relativement peu nombreux. Il semble que le "crack" ne soit pas très utilisé ou saisi.

On ne dispose d'aucunes données sur la prévalence de l'usage de drogues au sein de la population globale ou chez les jeunes. Il est très probable que le cannabis soit encore la drogue la plus consommée, mais les problèmes de santé observés sont plutôt rares. Les principaux indicateurs font apparaître des modes de consommation "à risque".

Le nombre total de toxicomanes en traitement a augmenté depuis 1984, mais on ne dispose que depuis récemment de données fiables sur les premières demandes de traitement. Le nombre de décès liés à la drogue, qui semble s'être stabilisé au milieu des années 80, a brusquement augmenté après 1987, à Rome et, dans une plus large mesure, à l'échelle nationale. Il s'agit dans presque tous les cas de décès par surdose d'héroïne. Les estimations concernant la population de toxicomanes attestent une croissance régulière de la prévalence au cours de la seconde moitié des années 80, moins rapide à Rome que dans l'ensemble de l'Italie.

Le nombre de personnes arrêtées pour trafic a augmenté jusqu'en 1988, puis diminué. Les chiffres concernant les individus pris en possession de drogues pour leur usage personnel allaient croissant jusqu'en 1989, puis en diminuant. Leur rapport avec les tendances réelles n'apparaît pas clairement. Les chiffres concernant les personnes arrêtées pour trafic montrent une prépondérance de l'héroïne. Le cannabis prédomine dans les chiffres concernant les arrestations pour détention de drogues destinée à l'usage personnel. La proportion de toxicomanes au sein de la population carcérale a augmenté ces dernières années (pour atteindre 35% à Rome en 1990, contre 30% à l'échelle nationale). Le nombre de toxicomanes en prison s'est élevé en 1991, en partie par suite de l'adoption de la loi de 1990.

Les quantités de drogues saisies ne peuvent être utilisées comme indicateur direct de tendances. En Italie, les quantités d'héroïne et de cocaïne saisies ont régulièrement augmenté depuis 1965, alors que celles de cannabis varient considérablement. En Italie, les données sont corrigées par rapport à des poids "normalisés", le but étant d'évaluer la quantité ou le nombre de doses moyennes retirées du marché clandestin.

A la fin du mois de juin 1991, près de 9000 cas de SIDA ont été signalés en Italie; pour 70 % d'entre eux le principal facteur de risque était l'injection par voie IV. A Rome, 59 % des cas étaient liés à la drogue.

D'une manière générale, il existe d'importantes disparités entre les régions et les villes d'Italie, qui s'expliquent par les différences sur le plan des conditions socio-économiques, de la culture et de l'histoire. Sans oublier les différences dans la manière d'appréhender les problèmes de drogues. Rome ne peut donc pas être considérée comme représentative de toute l'Italie.

2.14 Stockholm (population de la ville et du comté réunis en 1989: 1 630 000 habitants)

La ville de Stockholm (forte de 672 000 habitants) est la plus grande des 24 municipalités du comté de Stockholm. La croissance démographique y a avoisiné les 7 % en dix ans. Le chômage y était très faible (inférieur à 1 % des moins de 25 ans) jusqu'en 1992, l'année où il a commencé à croître.

Politique

La Suède a une politique très restrictive en matière de drogues, l'usage de drogues à des fins non médicales étant considéré comme inacceptable dans son ensemble. L'objectif d'une société sans drogue y est poursuivi par un contrôle strict, l'information, la prévention, le traitement et la réadaptation, l'engagement de la communauté dans la lutte contre les drogues et la coopération internationale.

En 1968, la Législation pénale sur les drogues a institué des peines de prison plus sévères (quatre ans au lieu d'un an). Par la suite, elles ont encore été alourdies. Les délits mineurs portant sur la drogue sont sanctionnés par des amendes ou par des peines de prison pouvant aller jusqu'à six mois, les délits "normaux" par une peine d'emprisonnement de trois ans au maximum et les délits graves par une peine variant entre deux et dix ans de prison (12 ans si ces délits impliquent d'autres). Depuis 1988, l'usage de drogues en soi a été déclaré délit passible d'amende, bien que cette disposition n'ait jamais été appliquée. Les usagers de drogues cherchant assistance sont exemptés de poursuites pour usage de drogues. Le fait de fournir de la drogue, même en petites quantités, n'est jamais considéré comme un délit mineur.

La répression anti-droque en Suède est une priorité élevée et relève essentiellement d'équipes spéciales des forces de police locales, mais il existe des divisions spécialisées à l'échelon du comté et à l'échelon national pour recueillir des renseignements et enquêter sur les délits graves. Les structures de lutte anti-droque se sont beaucoup développées à Stockholm et comportent une unité chargée d'enquêter sur les délits graves dans ce domaine, sans compter les équipes locales qui concentrent leurs activités au niveau de la rue. Depuis peu, on s'efforce plus particulièrement de mettre un coup d'arrêt à la vente au détail de drogues de trottoir et d'intensifier la coopération avec les services d'action sociale. De même, les douanes ont accordé un rang de priorité élevé à la lutte anti-droque.

L'un des objectifs de la politique en matière de drogues est de permettre à tous les usagers de drogues de recevoir un traitement et de bénéficier d'un programme de réadaptation. Les séances de désintoxication et les soins psychiatriques sont assurés par les services d'action sociale de la municipalité en association avec divers centres de soins ambulatoires spéciaux. Ces services se chargent aussi de placer des toxicomanes dans des centres à régime hospitalier, essentiellement des communautés thérapeutiques dirigées par des fondations et d'autres ONG. En outre, certains usagers de drogues sont placés dans des familles. Le principe de base est que le traitement doit être volontaire, même s'il est parfois obligatoire, l'obligation de traitement ayant récemment gagné du terrain. Les programmes de maintenance à la méthadone se sont développés à Stockholm, où l'on a aussi introduit l'échange de seringues. Des services de traitement spéciaux sont assurés aux toxicomanes en milieu carcéral.

L'information et la prévention sont des éléments importants de la politique suédoise. Une grande partie de ce travail est accomplie à l'échelon de la municipalité et couvre l'alcoolisme et d'autres comportements anti-sociaux, y compris l'usage de drogues. La participation de parents et de jeunes gens est encouragée par toute une série de campagnes de sensibilisation, d'activités où la drogue n'a aucune place, et par l'engagement dans le cadre d'organismes bénévoles. La prévention porte aussi sur des facteurs réputés associés à l'usage de drogues tels que les problèmes scolaires, le chômage, le manque de participation sociale, etc.

Il n'y a pas une seule structure chargée de surveiller les tendances de la consommation de drogues à Stockholm. Le Conseil suédois d'information sur l'alcool et d'autres drogues (CAN) recueille des données sur les tendances dans différentes parties du pays et documente les résultats de travaux d'études. Les travaux d'étude importants comprennent des enquêtes régulières auprès des étudiants et des appelés, ainsi que des recherches de cas intensives (1967 et 1984 à Stockholm, 1979 et 1992 à l'échelle nationale). On ne dispose d'aucunes données sur les demandes de traitement, mais les renseignements émanant de centres choisis constituent un bon indicateur de tendances sur les différentes drogues. Les données des services de police et autres services de répression sont fortement biaisées par les activités de police, mais peuvent être interprétées par recoupement avec d'autres informations. Les données moins vérifiables fournies par des informateurs-clés sont précieuses pour comprendre les tendances.

Profils de la consommation de drogues

Les amphétamines ont été l'une des principales drogues en cause dans la toxicomanie en Suède depuis la fin des années 30, lorsqu'il est devenu possible de se les procurer sans ordonnance. Des règlements ont été adoptés, et en 1959 les amphétamines ont été classées dans la catégorie des stupéfiants. Cependant, la toxicomanie s'est développée pendant toutes les années 50 et ne s'est stabilisée qu'au début des années 70. Le mode d'administration par injection s'est aussi étendu. Après 1965, le cannabis s'est rapidement propagé chez les jeunes. L'opiomane était limitée à un petit nombre de médecins et de patients jusqu'au début des années 60, puis elle s'est étendue à quelques autres groupes. Selon une étude par recherche de cas réalisée en 1967, il y avait 3000 toxicomanes lourds dans le comté de Stockholm (plus de 90 % d'amphétamines) et un nombre similaire dans le reste de la Suède.

Pendant les années 70, la prévalence sur la vie révélée par des enquêtes portant sur des élèves de la neuvième classe de la ville de Stockholm a régressé de 32 % en 1971 à 22 % en 1981. Toutefois, chez les appelés de 18 ans elle a atteint 38 % en 1980, pour ensuite diminuer. Le cannabis était la principale drogue en cause. Une étude par recherche de cas réalisée en 1979 a montré que la prévalence de la toxicomanie lourde (injection et/ou consommation quotidienne de drogues illicites) avait peu évolué depuis 1967, sauf que la consommation d'héroïne et de drogues multiples était devenue plus importante.

Pendant les années 80, des enquêtes ont révélé une diminution de la prévalence chez les étudiants de la neuvième classe, passant de 22 % en 1981 à 8 % en 1990. Une étude par recherche de cas effectuée en 1984 n'a indiqué aucun changement dans la prévalence de la toxicomanie lourde depuis 1979 (environ 200 pour 100 000 habitants), à l'exception d'une régression de l'héroïne et d'une progression du cannabis et des amphétamines. La toxicomanie lourde est le propre d'un groupe vieillissant, avec une longue histoire d'usage de drogues, d'alcoolisme et de détention. Les résultats de l'étude par recherche de cas de 1992 seront bientôt disponibles. Les données d'enquêtes et les études de cas indiquent une faible prévalence dans les autres parties de la Suède. Il est rarement question de cocaïne, de LSD et d'"ecstasy".

D'une manière générale, les indicateurs confirment la situation présentée ci-dessus, à l'exception de quelques signes d'une évolution, peu sensible mais significative, du profil de consommation de drogues. S'agissant des hôpitaux et de certaines unités de traitement, le nombre d'admissions ou de sorties ne varie pas beaucoup ces derniers temps: les amphétamines reste la drogue dominante, les toxicomanes tendent à consommer des drogues multiples, dont les somnifères, les tranquillisants et l'alcool. Le nombre de toxicomanes en contact avec des services d'action sociale a augmenté au cours des cinq dernières années, mais cette évolution est imputée à l'expansion des services de prévention et de traitement. Le nombre de décès liés à la drogue est resté stable, mais les cas d'hépatite aigüe sont moins nombreux.

Les arrestations de personnes suspectées de délits liés à la drogue se sont multipliées depuis le milieu des années 80, notamment à Stockholm même. Il faut dire que l'on a arrêté davantage de personnes soupçonnées de posséder de la drogue. En fait, les arrestations pour des infractions plus graves ont été moins nombreuses. La principale raison en est l'intensification des activités de police à l'échelle de la ville de Stockholm. Aussi le nombre de personnes condamnées est-il moins élevé. En partie à cause du renforcement des services de répression et en partie à cause des peines de prisons plus lourdes, le nombre et la proportion de toxicomanes en prison ont régulièrement augmenté, passant de 30 % en 1980 à près de 50 % en 1987 et près de 60 % en 1991.

Les quantités de drogues saisies varient d'une année sur l'autre. Cela dit, le nombre de saisies a augmenté, en particulier à Stockholm, notamment par suite de l'évolution susmentionnée des activités de police. Ainsi l'accroissement du nombre de saisies de cannabis et d'amphétamines est-il plus marqué que dans l'ensemble du comté. Quatre rapports quantitatifs indiquent une consommation accrue du cannabis dans la tranche d'âge entre 18 et 30 ans, et des amphétamines chez les personnes bien établies, jusqu'à l'âge de 40 ans. Les prix des deux drogues sont relativement stables.

Les quantités de cocaïne saisies se sont accrues en 1989-91 (à noter une saisie de 55 kg effectuée pendant un transit en 1991). Cependant, le volume et le nombre des saisies sont modestes et les prix fluctuent beaucoup, quoique le niveau soit généralement élevé. Des sources bien informées font état d'une certaine augmentation chez les jeunes et les personnes bien établies, ainsi que dans les clubs, certains restaurants, etc. Le "crack" est rare.

De même, les saisies d'héroïne ont augmenté en nombre et en quantité depuis 1985 dans le comté de Stockholm, dans l'ensemble de la Suède et dans la ville de Stockholm. Les prix sont stables (et élevés) depuis 1986. Des rapports fiables attestent une tendance croissante à fumer de l'héroïne chez quelques immigrés et leurs enfants nés en Suède, dans certaines banlieues de grandes villes. Récemment, plusieurs individus ont commencé à s'injecter de l'héroïne.

Moins de 6 % des cas de SIDA signalés en Suède à la fin de 1991 étaient des usagers de drogues par voie intraveineuse. La prévalence de l'infection par le VIH est plus élevée chez les usagers d'héroïne par voie intraveineuse que chez ceux qui s'injectent des amphétamines. Environ 11 % des usagers de drogues en contact avec des services d'action sociale sont connus pour être séropositifs (VIH).

3. TENDANCES D'APRES LES INDICATEURS DE LA "DEMANDE"

Notes: *les données par indicateur sont fournies à l'Annexe III et illustrées sous forme graphique à l'Annexe IV. Voir à la section 1.4 les remarques sur les limites méthodologiques*

3.1 Enquêtes

Il est difficile d'établir des comparaisons systématiques entre ces enquêtes car elles ont été effectuées en des années différentes et selon diverses méthodes d'échantillonnage et de collecte de données. Par ailleurs, les résultats communiqués portent sur différentes tranches d'âge et parfois sur différentes catégories de drogues. La plupart des rapports de villes ne contiennent que des données concernant la prévalence sur la vie, mais certaines de ces données portent sur les derniers 12 mois, six mois ou 30 jours, selon le cas.

1) Population adulte globale

Des études représentatives de la consommation de drogues au sein de la population adulte globale des villes n'ont été communiquées que pour Amsterdam (1987 et 1990, 12 ans et plus), Barcelone (1982, entre 15 et 64 ans) et Helsinki (1992). Des enquêtes nationales et régionales sont signalées pour la Catalogne (1982, 1986 & 1990, entre 15 et 64 ans), le Danemark (1990, 16 ans et plus), la Finlande (1992, entre 18 et 74 ans) et la Norvège (1985 et 1991, 15 ans et plus). D'autres villes/pays ont communiqué des résultats d'enquêtes couvrant des segments de population adulte, notamment la Suisse (1987/89, entre 17 et 45 ans) et l'Allemagne (1990, entre 12 et 39 ans). En outre, un petit nombre de questions sur la consommation de drogues ont été incluses dans des enquêtes plus vastes portant sur la population globale en Allemagne (7 enquêtes entre 1971 et 1987, auprès de populations âgées de 14, 16 ou 18 ans et au-dessus) et au Royaume-Uni (1982 et 1984).

Les données de ces enquêtes sont présentées au tableau 2 (Annexe III). Il convient de souligner que les chiffres ne permettent pas des comparaisons entre villes ou pays. Ainsi qu'il ressort de presque toutes les enquêtes, le cannabis est la seule drogue qui soit utilisée par d'importantes proportions de la population globale. Les taux de prévalence sur la vie communiqués pour les adultes sont logiquement appelés à croître avec le temps et ne fournissent que peu d'indications sur les tendances. Plus utiles sont les données sur la consommation récente (l'année écoulée) ou actuelle (le mois écoulé). Or, les données fournies sur la consommation actuelle ou récente sont très peu nombreuses. Et lorsqu'elles sont fournies, elles indiquent une faible prévalence de l'usage récent de drogues.

2) Population de jeunes et population scolaire

Sont plus couramment communiqués les résultats d'enquêtes réalisées auprès d'écoliers, d'appelés ou d'autres segments transversaux de la jeunesse (Danemark, Dublin, Hambourg, Helsinki, Lisbonne, Londres, Oslo, Suisse et Stockholm). En outre, des enquêtes pilotes ont été effectuées dans le cadre de l'étude réalisée par le Groupe Pompidou sur les enquêtes en milieu scolaire.

Les résultats de diverses enquêtes portant sur la jeunesse sont indiqués au tableau 3 (Annexe III). S'agissant des études de population, on s'abstiendra d'établir des comparaisons directes. Par ailleurs, les enquêtes réalisées auprès d'enfants en âge scolaire donnent généralement des taux de prévalence plus faibles que les enquêtes sur les jeunes adultes, de sorte que le stade auquel la consommation de drogues est la plus forte semble se situer dans les années suivant le départ de l'école. Dans la plupart des villes ou pays pour lesquels on dispose de données, il apparaît que l'usage de cannabis par les jeunes a été relativement stable ou en régression pendant les années 80 et qu'il est globalement moins important qu'au début des années 70. L'usage de drogue telles que l'héroïne ou la cocaïne est généralement inférieur à 1 %. Dans certains pays nordiques, la prévalence de l'usage d'amphétamines sur une vie entière est de l'ordre de quelques pour-cent. La prévalence sur la vie de l'usage de solvants est relativement élevée dans certaines enquêtes réalisées au Royaume-Uni.

3) Etudes ethnographiques et autres

Une variété d'études ethnographiques et autres études épidémiologiques ont été réalisées ou sont en cours dans les villes considérées. Elles sont énumérées ci-après. Il y a inévitablement un chevauchement entre les catégories, de sorte que certaines études s'inscrivent dans plus d'une catégorie. Par ailleurs, cette liste ne prétend pas être exhaustive.

Etudes ethnographiques:	Amsterdam, Barcelone, Finlande, Londres, Paris.
Etudes par recherche de cas:	Dublin, Londres, Stockholm
Etudes en boule de neige:	Amsterdam, Barcelone, Londres, Paris, Rome.
Etudes en milieu carcéral:	Barcelone, Copenhague, Dublin, Helsinki, Lisbonne, Londres, Paris, Rome, Stockholm
Arrestations (marques de piqûres):	Oslo, Stockholm
"Capture/recapture":	
(saisie avec recouplement)	Amsterdam, Barcelone, Londres, Stockholm
Prix et/ou degré de pureté:	Amsterdam, Copenhague, Londres, Paris
Analyses d'urine:	Rome
Urgences liées à la drogue:	Barcelone, Dublin, Hambourg, Londres
Décès liés à la drogue:	Barcelone, Hambourg, Helsinki, Paris
Comportements à risque:	Amsterdam, Genève, Londres, Paris
Evaluation des programmes de maintenance à la méthadone:	Amsterdam, Barcelone, Copenhague, Genève, Londres
Evaluation des échanges de seringues:	Amsterdam, Londres, Paris
Grossesses/enfants:	Copenhague
Hépatite, etc.:	Genève, Helsinki, Rome
Populations en traitement:	Amsterdam, Barcelone, Copenhague, Dublin, Genève, Lisbonne, Londres, Oslo, Paris, Rome, Stockholm
Etudes de suivi:	Barcelone, Copenhague
Evaluation de la prévention.	Genève, Lisbonne, Oslo

3.2 Demandes de traitement

Les demandes de traitement, et plus particulièrement les premières demandes de traitement, sont présentées dans le précédent rapport multi-villes comme un indicateur important. En effet, en les rapprochant des données sur les services offerts et les lignes d'action en matière de traitement, elles constituent a) un indicateur direct des services utilisés et b) un indicateur indirect des tendances de la consommation "à risque" de drogues plus dangereuses. Les données sur les premières demandes de traitement sont particulièrement utiles: a) elles fournissent des indications sur les sous-groupes d'usagers plus récents que les services "interpellent", et b) elles sont un indicateur plus sensible des tendances de la toxicomanie, établissant une distinction entre ces sous-groupes et les usagers chroniques de longue durée qui ont déjà suivi plusieurs traitements. Les informations sur la première année de consommation de drogues peuvent renseigner utilement sur les taux d'incidence. Une étude pilote couvrant 11 villes, visant à améliorer la qualité et la comparabilité de cet indicateur, vient d'être menée à son terme. Cette étude n'est pas prise en compte dans les données fournies dans les rapports de villes, celles-ci valant essentiellement pour les années précédentes. Il convient de souligner que la définition de la demande de traitement, et plus particulièrement de la première demande de traitement, varie d'une ville à l'autre, et que l'évolution sur le plan des possibilités de traitement et des profils d'utilisation de services peut aussi influencer sur les données relatives aux tendances.

1) Demande globale de traitement

On trouvera au tableau 4 (Annexe III) et aux figures 1a et 1b (Annexe IV) un aperçu général des tendances concernant les demandes de traitement (qu'il s'agisse ou non de premières demandes de traitement) dans les villes pour lesquelles on disposait de données pour plusieurs années successives. Cet indicateur montre une progression régulière depuis le milieu des années 80 à Hambourg, Londres et Rome. Il est possible qu'une légère tendance à la hausse ait été aussi observée à Paris, ville pour laquelle on dispose de données antérieures à 1988 (la tendance nationale est à la hausse). La tendance semble aussi à la hausse à Lisbonne. On ne dispose pas de données pour Genève, Helsinki ou Stockholm.

En revanche, on constate une diminution du nombre de demandes de traitement pendant la même période à Amsterdam et Dublin (fig. 1b). De même, le nombre annuel de mises en traitement dans le même réseau de quatre centres de traitement à Barcelone diminue. Par contre, le nouveau système de notification de Barcelone, qui a couvert tous les centres de traitement depuis 1988, indique une augmentation du nombre de demandes de traitement en 1989 et 1990. Le niveau global des demandes de traitement à Copenhague est stable depuis le milieu des années 80. Il semble, d'après des données fragmentaires, qu'il est aussi stable à Oslo et Stockholm. Pour Helsinki, on ne dispose que de données diagnostiques concernant les patients hospitalisés. Elles indiqueraient, semble-t-il, une légère augmentation, encore que les nombres soient trop faibles pour être interprétés de manière fiable.

2) Premières demandes de traitement

Les figures 2a et 2b (Annexe IV) montrent les tendances d'après les indicateurs des premières demandes de traitement. A Hambourg et au Portugal (données nationales utilisées pour indiquer la tendance sur une plus longue période), la tendance est nettement à la hausse.

A Lisbonne, le début de croissance constaté en 1986 résultait principalement de l'expansion des services et de la mise en place du système de notification, et la décroissance observée en 1989 était la conséquence de l'expansion des services en dehors de la capitale. Cela étant, l'accroissement enregistré en 1991 était réel. Par contre, à Amsterdam, Dublin et Oslo, la tendance va décroissante, même si Dublin fait état en 1990 d'une augmentation, liée à la création d'un nouveau système complet de notification, qui a remplacé les données provenant d'un seul grand centre de traitement. Il est à noter que les données pour Oslo sont fondées sur un seul service (important). A Copenhague et Londres, le nombre de premières demandes de traitement est relativement stable depuis 1985. On notera aussi qu'à Copenhague certaines "premières demandes de traitement" peuvent avoir succédé à des traitements préalables prescrits par des praticiens généralistes ou suivis dans une autre partie du pays. Les tendances à Rome ne sont pas claires. Les données nationales montrent des fluctuations; il est vrai que les procédures d'enregistrement des données ont été modifiées.

La figure 3 (Annexe III) montre le pourcentage que représentent les premières demandes de traitement par rapport à l'ensemble des demandes de traitement dans les villes où l'on disposait des éléments nécessaires pour le calculer sur une période de cinq ans ou plus. Ce pourcentage peut être considéré comme un indicateur (indirect) d'évolution plus sensible que le nombre absolu de premières demandes. A Copenhague, la situation à cet égard est stable depuis le début des années 80. A Amsterdam, Dublin et Londres, on observe une régression, alors que Hambourg enregistre une nette progression. Il convient toutefois de noter qu'à Dublin, ce pourcentage a augmenté en 1990. Ce constat rejoint les remarques contenues dans le rapport de la ville de Dublin à propos des signes d'une activité accrue sur le plan des opioïdes, suivie d'un fléchissement en 1991.

Remarques sur les tendances des demandes de traitement

Les projections à long terme des tendances perceptibles à travers les données relatives aux premières demandes de traitement (figure 4, Annexe III) inspirent les remarques suivantes. Plusieurs villes constatent un accroissement substantiel du nombre de demandes de traitement à la fin des années 70/début des années 80 (par exemple: Amsterdam, Dublin et Londres). D'après des données moins systématiques, il semblerait que la même chose pourrait arriver dans d'autres villes telles que Paris et Rome. Cet accroissement est survenu à Barcelone un peu plus tard (1982/85), et on l'a noté à Hambourg et Lisbonne dans la seconde moitié des années 80; compte tenu de l'absence de données plus anciennes pour Lisbonne, ce constat n'est guère qu'une hypothèse. Depuis le milieu des années 80, le taux de croissance obtenu sur la base des indicateurs de traitement s'est stabilisé, sans toutefois diminuer, à Barcelone et Londres (et éventuellement aussi à Paris et Rome); il a diminué à Amsterdam et Dublin et augmenté à Hambourg et Lisbonne.

Dans les villes scandinaves, le profil apparaît quelque peu différent, même si l'on dispose de données incomplètes, notamment pour Stockholm. Il s'agit donc d'une observation à prendre sous toute réserve. D'une manière générale, on constate une évolution moins nette pendant les années 80. A Helsinki, le niveau des nouvelles demandes de traitement (et très probablement de la toxicomanie) est faible par rapport aux autres villes. A Copenhague et, pour autant que l'on puisse en juger, à Stockholm, ce profil est plutôt stable; à Oslo, il tend à décliner régulièrement depuis la fin des années 70.

3.3 Autres indicateurs de santé

1) Admissions dans les hôpitaux

Les admissions dans les hôpitaux s'entendent de séjours de patients enregistrés en tant qu'usagers de drogues/toxicomanes. Normalement, ces séjours sont codés sur la base de diagnostics de sortie d'hôpital répertoriés dans la Classification internationale des maladies (9), qu'il s'agisse de la pharmacodépendance (304), de l'abus de drogues sans dépendance (ICD 305.2-9) ou de la pharmacopsychose (292). Les données provenant des hôpitaux psychiatriques concernent des cas où la pharmacodépendance est le diagnostic primaire. Les données des hôpitaux généraux concernent aussi un grand nombre de cas pour lesquels le diagnostic lié à la drogue est enregistré en tant qu'aspect secondaire par rapport à une maladie organique. Le rapport de l'étude multi-villes de 1987 conclut que les admissions dans les hôpitaux ne sont pas un indicateur sensible des tendances de l'abus de drogues, bien qu'en l'absence de données sur les demandes de traitement, les admissions peuvent refléter, avec un certain retard, les variations importantes du niveau de pharmacodépendance.

Seules trois villes scandinaves ont fourni des données récentes du type sus-mentionné (tableau 5, Annexe III, et figure 5a, Annexe IV). A Copenhague, les données indiquent le nombre de total de jours d'hospitalisation par an; dans les autres villes, elles indiquent le nombre annuel d'admissions ou de sorties d'hôpital. A Copenhague, la tendance générale est à une légère diminution du nombre de jours passés en hôpital psychiatrique pendant les années 80, comme l'attestent les données relatives aux séjours en hôpital psychiatrique en général, et à un léger accroissement du nombre de jours passés en hôpital général. A Stockholm, le profil est relativement stable. A Helsinki, les admissions dans les hôpitaux psychiatriques et généraux ont été additionnées (figure 5a) car les chiffres étaient très faibles. On a constaté des augmentations sensibles en 1987 et 1989, mais leur importance est difficile à interpréter; dans un cas, par exemple, un seul individu avait fait l'objet de neuf admissions en une année.

Les données concernant les admissions/sorties d'hôpital ont été fournies pour Amsterdam, Dublin et Londres jusqu'en 1984/85 (tableau 5, Annexe III).

La figure 5b montre les données pour Amsterdam et Hambourg. Les données fournies pour Amsterdam indiquent le nombre de personnes enregistrées par le CMR (système central d'enregistrement des fournitures en méthadone), pour lesquelles "une assistance a été demandée" par des hôpitaux généraux de la part du Département de santé publique. On remarque une légère augmentation au début des années 80, sans grand changement par la suite. Les données pour Hambourg concernent les admissions annuelles à la clinique de désintoxication de la ville. La forte hausse enregistrée en 1988 reflète un changement de politique entraînant l'ouverture d'un nouveau centre qui acceptait les patients sans que ceux-ci s'engagent préalablement à poursuivre ensuite le traitement dans une communauté thérapeutique.

2) Hépatite B

L'incidence des cas d'hépatite B aiguë est parfois considérée comme un indicateur indirect de l'incidence (par opposition à la prévalence) de la consommation de drogues par

voie intraveineuse, à condition naturellement de faire une distinction entre les cas liés à la drogue et les autres sources présumées d'infection. Ces dernières années, les campagnes de vaccination menées dans certains pays ainsi que les changements de comportement motivés par la peur d'être contaminé par le VIH, ont probablement altéré de rôle de l'hépatite B en tant qu'indicateur.

Le tableau 6 (Annexe III) et les figures 6a et 6b (Annexe IV) montrent les tendances sur le plan de l'hépatite B (toutes causes confondues, y compris les cas d'hépatite B liés à la drogue). Dans la plupart des villes pour lesquelles on dispose de données, le nombre total de cas d'hépatite B signalés est en baisse depuis 1985; il a cependant cessé de diminuer à Hambourg et Stockholm après 1986, et a fortement augmenté à Dublin en 1991. A Genève, par contre, le nombre total des cas signalés a doublé entre 1986 et 1991. A Dublin, la hausse enregistrée en 1991 résultait d'une recherche de cas intensive menée dans les institutions pour handicapés mentaux. Compte tenu de cet élément, les baisses sont substantielles à Amsterdam, à Dublin, au Royaume-Uni (et très probablement à Londres aussi), à Oslo et à Rome.

S'agissant des cas liés à la drogue, la forte augmentation et la diminution qui a suivi à Dublin au début des années 80 est le juste reflet de l'expansion "épidémique" de l'injection de drogue, dont on sait qu'elle s'est propagée en 1979/80. Cela vaut aussi, quoique dans une moindre mesure, pour Londres (tableau 6). En dehors de Dublin, où l'incidence de l'hépatite B liée à la drogue a diminué à partir de 1981, des baisses brutales ont été enregistrées en 1986 à Amsterdam, Copenhague et Londres. Dans les quatre villes, les taux sont maintenant bien en dessous du niveau de 1985. Rome constitue l'exception, avec une forte augmentation en 1989. Cette différence ressort clairement sur la figure 7, où l'on peut voir que la baisse du nombre total de cas d'hépatite B entre 1988 et 1990 cache un accroissement considérable de la proportion de cas liés à la drogue. Ce constat tranche avec celui des trois autres villes pour lesquelles on dispose de séries de données pertinentes, et s'apparente à la proportion observée au début des années 80 lorsque l'épidémie s'est déclarée à Dublin.

Les données provenant d'autres villes ne permettent pas de faire la même analyse. De son côté, le rapport de la ville de Hambourg fait état d'augmentations récentes du nombre de cas d'hépatite B dans les quartiers à forte prévalence de consommation de drogues par voie intraveineuse. On ne saurait exclure trop vite la possibilité que les baisses observées sur la figure 6 reflètent en partie la diminution de l'incidence des nouveaux usagers de drogues par voie IV. Une analyse plus attentive des données sur les cas d'hépatite fournies par un grand nombre de villes aidera peut-être à clarifier la situation. En outre, les rapports sur les taux élevés d'hépatite C chez les usagers de drogues par voie IV dans certains pays semblent indiquer la nécessité de réviser la valeur et la portée des données concernant l'hépatite.

3) VIH & SIDA

Il y a de gros écarts entre les pays (il arrive souvent que les données ne soient pas fournies pour les villes) dans la proportion des cas de SIDA signalés en rapport avec l'injection de drogue (tableau 8, Annexe III). C'est ainsi que les usagers de drogues par voie IV représentent moins de 10 % des cas de SIDA signalés en Finlande, au Danemark, en Angleterre, en Suède et aux Pays-Bas, entre 10 et 20 % en Norvège, en Allemagne, au Portugal et en France, près de 40 % en Suisse, plus de 40 % en Irlande et plus de 65 % en Espagne et en Italie.

Il y a aussi des écarts importants entre les villes sur le plan de la prévalence estimée de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues par voie IV, mais il faut souligner la variété des méthodes d'échantillonnage utilisées (tableau 9, Annexe III). Le niveau de contamination des usagers par voie IV semble faible à Helsinki, Oslo, Londres et Hambourg, relativement faible à Stockholm, Dublin et Copenhague, un peu plus élevée à Amsterdam et Paris, et la plus élevée à Barcelone, Genève, et probablement à Rome.

Le VIH et Le SIDA ne sont pas dûment pris en compte dans la présente étude, l'Organisation mondiale de la santé ayant réalisé des travaux très poussés sur la question. Voir par exemple *AIDS Among Drug Abusers in Europe: Review of recent developments (Le SIDA et les toxicomanes en Europe: Aperçu des tendances récentes)*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1991.

4) Urgences non mortelles liées à la drogue

Seule la ville de Barcelone collecte régulièrement des données sur les urgences non mortelles liées à la drogue (depuis 1979 dans un seul hôpital, et depuis 1989 dans les quatre grands hôpitaux de la ville (intégrés à un système national de notification mis en place en 1987). On dispose aussi de données depuis 1989 sur les cas d'intoxication à l'héroïne ayant nécessité une intervention d'urgence par ambulance dans cette ville.

Quelques autres villes fournissent des données diverses, quoique fragmentaires, sur les urgences liées à la drogue: Amsterdam (1986-88), Dublin (enquête en 1985) et Hambourg (1988-90).

Plusieurs villes envisagent des moyens d'améliorer leur dispositif de surveillance des urgences liées à la drogue (Dublin, Genève, Hambourg, Lisbonne et Paris). Un sous-groupe du Groupe Pompidou d'experts en épidémiologie cherche actuellement à établir de quelle manière on pourrait assurer la comparabilité des données.

3.4 Décès liés à la drogue

Les décès liés à la drogue sont souvent utilisés par les organes d'information comme élément médiatique plutôt que comme indicateur de l'abus de drogues. Le précédent rapport de l'étude multi-villes met en garde contre toute tentation de considérer que les variations du nombre de décès enregistrés en rapport avec la drogue sont directement proportionnelles à la prévalence de l'abus de drogues ou de la pharmacodépendance. S'il est vrai que d'importantes variations dans le nombre de décès liés à la drogue peuvent traduire une progression de certains modes de consommation à risque, d'autres facteurs peuvent également influencer sur le taux de mortalité. On peut citer notamment les variations dans le degré de pureté de la drogue (principalement l'héroïne) ou dans les combinaisons de drogues utilisées, les variations dans la population à risque et, plus récemment, dans la contamination par le VIH. Les décès associés à l'usage de drogues sont néanmoins un important indicateur, non seulement parce que les chiffres sont régulièrement cités, mais aussi parce que dans certaines villes, les décès liés à la drogue figurent parmi les causes les plus courantes de la mortalité dans la génération plus jeune (entre 15 et 40 ans).

Les données relatives aux décès liés à la drogue peuvent faire office de double indicateur. Elles renseignent sur le mode de notification des données concernant le nombre de décès liés à la drogue, enregistrés d'après des critères variant selon la ville. Comme on l'a dit plus haut, il convient d'interpréter avec prudence ces données en tant qu'indicateur possible des tendances de la toxicomanie lourde.

Les données sur les décès liés à la drogue renseignent aussi sur le taux de mortalité dans la population "à risque", par exemple le taux annuel de décès chez les opiomanes par voie intraveineuse. Cet indicateur n'est pas de nature à refléter la prévalence en aucune manière, mais permet plutôt d'identifier les risques relatifs de décès dans certaines sous-populations d'usagers de drogue. La meilleure méthode d'estimation des taux de mortalité passe par des études longitudinales de cohortes représentatives de la population "à risque". On peut aussi déterminer approximativement le taux de mortalité si l'on connaît le dénominateur commun (par exemple, le nombre total d'opiomanes).

Le tableau 9 (Annexe III) présente des données quantitatives sur les décès liés à la drogue enregistrés dans les villes. Les taux ne peuvent être comparés directement compte tenu des nombreuses différences dans les définitions et les pratiques d'enregistrement. Il est plus juste de comparer sur un plan temporel les tendances propres à chaque ville, car les définitions et les pratiques d'enregistrement montrent généralement, pas toujours, une plus grande cohérence à l'intérieur des villes (et des pays) qu'entre celles-ci/(eux-ci). Les figures 8a et 8b (Annexe IV) montrent les tendances relatives fondées sur l'année 1985, prise comme année indiciaire. Les figures 8c et 8d (Annexe IV) montrent les rapports pour 100 000 habitants.

Le graphique 8 montre que dans quatre villes (Amsterdam, Copenhague, le centre de Londres et Stockholm) le nombre de décès liés à la drogue, hormis quelques fluctuations, est resté relativement stable. Bien que le chiffre pour Copenhague ait augmenté en 1991 par rapport à 1990, il est du même ordre que ceux signalés en 1984 et 1987. Sous réserve de la mise en garde concernant la comparaison des taux entre les villes, on notera que le taux pour 100.000 habitants à Copenhague, bien que stable, apparaît nettement plus élevé que dans les trois autres villes. Cette observation est corroborée par d'autres données, selon lesquelles le taux de mortalité annuel chez les toxicomanes danois (constitués essentiellement d'opiomanes) est plus élevé que dans d'autres pays scandinaves ou que dans d'autres pays comme le Royaume-Uni. On propose comme explication la présence sur le marché de toute une variété de substances psychotropes, utilisées en association avec de l'héroïne ou à la place de celle-ci.

Au contraire, dans huit autres villes (Barcelone, Genève, Hambourg, Lisbonne, Oslo, Paris et Rome), le nombre de décès a augmenté, surtout depuis 1986/87 (encore que les données pour Lisbonne ne soient pas antérieures à 1987). On ne connaît pas les données pour Helsinki, celles-ci n'étant pas fournies pour la période d'avant 1988/89. D'après quelques vagues indices, il y aurait eu récemment une augmentation, mais les chiffres sont très faibles. Il n'a pas été possible de se procurer des données pour Dublin. Deux tentatives ont été faites pour recueillir ces renseignements (auprès de l'Office central de la statistique et auprès de la police). On n'est pas allé plus loin, les informations ayant été jugées incomplètes.

Les données nationales, lorsqu'elles sont disponibles (tableau 9), montrent des tendances similaires (augmentations substantielles en Allemagne, en Espagne, en Italie, au

Portugal et en Suisse, et dans une moindre mesure en France et en Norvège). Au Danemark, les chiffres étaient aussi en hausse en 1991, alors qu'ils avaient été stables auparavant. Il est trop tôt pour dire s'il s'agit d'une tendance ou non. Le Royaume-Uni a enregistré une progression constante de la mortalité, contrairement à ce qu'indiquent les chiffres pour la ville de Londres. Une bonne part de ces décès étaient liés à l'usage de solvants.

Les raisons de ces hausses sont sujettes à controverse. D'aucuns ont laissé entendre que dans certaines villes, la population de toxicomanes est constituée par une cohorte vieillissante qui s'approche de plus en plus d'une échéance fatale par suite d'une accumulation chronique de problèmes de santé. Cela étant, trois des villes où vivent en particulier des populations importantes de toxicomanes de longue durée plus âgés figurent parmi les villes où le taux de mortalité liée à la drogue est stable (Amsterdam, Copenhague et Stockholm). A l'inverse, l'âge moyen des personnes qui meurent de la drogue à Barcelone ou Hambourg n'a pas augmenté. Pour d'autres, la cause de ces hausses de mortalité (qui n'incluent pas les décès causés par le SIDA) résiderait éventuellement dans les suicides par surdose chez les usagers porteurs du VIH, ou dans le fait que les usagers séropositifs (VIH) sont davantage exposés à un risque mortel en cas de surdose. Cette explication est plus plausible dans les pays où la prévalence du VIH chez les usagers de drogues est élevée (par exemple, en Italie et en Espagne) que dans les pays à plus faible prévalence (par exemple, Oslo). Mais il se peut aussi que les hausses de mortalité reflètent, en partie du moins, les augmentations de la prévalence de la toxicomanie lourde. Ce serait conforme aux augmentations perçues à travers d'autres indicateurs dans certaines villes telles que Hambourg, Lisbonne, Paris et Rome, et éventuellement Barcelone. Ces différentes tentatives d'explication appellent un complément d'étude.

3.5 Arrestations

Les arrestations pour des infractions liées à la drogue (violations des lois sur la drogue) reflètent les principes d'action, les modes d'application des lois et l'arsenal répressif en matière de drogues ainsi que le niveau d'activité illicite en rapport avec la drogue. D'où l'importance de prendre en compte l'évolution du pouvoir coercitif dans l'interprétation des données. Cet indicateur fait l'objet d'un examen approfondi de la part des experts en épidémiologie.

S'agissant des décès liés à la drogue, il existe d'importantes différences entre les pays sur le plan des définitions et des procédures, d'où l'impossibilité de comparer des nombres et des taux absolus. Ainsi, les données pour l'Italie (Rome), et plus particulièrement pour l'Espagne, portent essentiellement sur les arrestations pour trafic (y compris la vente de petites quantités). Dans d'autres villes, hormis Amsterdam où la situation n'est pas claire, les délits de consommation ou de détention de drogues représentent la majorité des arrestations. Dans certaines villes, les données portent sur le nombre de violations ou d'infractions, dans d'autres elles indiquent le nombre de personnes arrêtées ou inculpées. De sorte que seules sont comparables les tendances dans le plan temporel. A Amsterdam, les changements survenus dans l'organisation des unités de police anti-drogues perturbent la continuité des chiffres. A strictement parler, seules les arrestations de consommateurs de drogues devraient être prises en compte en tant que mesure du niveau de la "demande" (c'est-à-dire, les arrestations pour détention ou usage personnel). Il serait sans doute plus approprié de considérer les arrestations pour trafic comme un indicateur "côté offre". Cependant, les

données ne permettent pas en général de faire cette distinction, et dans certains cas, et même assez souvent, les personnes arrêtées pour trafic peuvent fort bien être à la fois fournisseurs "de rue" et consommateurs.

1) Arrestations, toutes drogues confondues

Le profil global des arrestations, toutes drogues confondues, varie beaucoup d'une ville à l'autre (tableau 10, Annexe III, et graphiques 9a et 9b, Annexe IV). Il n'y a que trois villes (Amsterdam, Helsinki et Paris) où les chiffres ont diminué ou sont restés stables depuis 1985. A l'opposé, Hambourg et Copenhague, ainsi que le Portugal entre 1988 et 1991, ont enregistré de fortes hausses. Genève, Londres, Oslo et Stockholm font toutes état d'augmentations constantes, alors qu'à Rome et en Espagne, où l'on a noté des hausses brutales jusqu'en 1988, la tendance a viré à la baisse, surtout à Rome. A Dublin, après plusieurs années de stabilité, on a enregistré de brusques augmentations en 1990 et 1991. Ceci s'explique essentiellement par le déploiement d'effectifs supplémentaires spécialisés dans la répression anti-drogue. Dans toutes les villes, à l'exception d'Amsterdam, de Stockholm et peut-être d'Helsinki, la tendance à long terme du nombre d'arrestations pendant la décennie a été à la hausse. A Stockholm, ce nombre a fortement chuté à partir de 1983 pour remonter ensuite après 1987 sous l'effet d'actions policières plus incisives au niveau de la rue.

2) Arrestations par drogue

Ces chiffres cachent des différences importantes. La situation s'éclaircit lorsqu'on compare les drogues en cause dans les différentes villes (tableau 11, Annexe III). Ces différences sont d'abord spécifiées puis examinées quant à leur portée.

Les graphiques 10a et 10b (Annexe IV) montrent les tendances comparatives dans les arrestations pour les opiacés (un diagramme logarithmique est utilisé pour y noter les différences importantes entre certaines villes). Dans quatre villes (Amsterdam, Dublin, Londres et Paris), les taux d'arrestations en rapport avec les opiacés ont chuté depuis la pointe de 1985, sauf à Dublin où ce taux a augmenté en 1990 (les opiacés de synthèse étant plus souvent en cause que l'héroïne). Au contraire, à Hambourg le taux a augmenté de manière substantielle. Les données pour Lisbonne attestent aussi une brusque hausse, survenue récemment, du taux d'arrestations en rapport avec l'héroïne. L'Espagne, Oslo et Rome ont enregistré une augmentation après 1985, les tendances se sont stabilisées à partir de 1988, Rome ayant même noté une décroissance.

Les graphiques 11a et 11b montrent les tendances concernant les arrestations en rapport avec la cocaïne. A Amsterdam et Dublin, le profil est stable ou en déclin, alors qu'à Paris la progression depuis 1987 est relativement modeste. On note des hausses importantes à Hambourg, en Espagne et à Londres. A Rome, le nombre d'arrestations pour la cocaïne a augmenté jusqu'en 1988, puis diminué. Au Portugal, les récentes tendances sont à la hausse.

Les graphiques 12a et 12b montrent les tendances concernant les arrestations pour le cannabis. Les chiffres pour Amsterdam ont varié sous l'effet des changements d'ordre organisationnel survenus en 1985, mais dans l'ensemble ils sont en baisse. A Hambourg, après une progression qui a persisté jusqu'en 1987, l'indice est tombé en dessous du niveau de 1985. A Paris et Lisbonne, les chiffres ont peu varié. Par contre, à Dublin, Londres et Rome,

le nombre d'arrestations pour le cannabis a doublé depuis 1985, et en Espagne il s'est stabilisé après avoir augmenté après 1985.

Remarques sur les arrestations

Nombres et taux

Le nombre d'arrestations est à apprécier en fonction de la taille des villes étudiées. Les graphiques 13a et 13b indiquent le nombre et le taux d'arrestations pour 100.000 habitants (toutes drogues confondues) dans ces villes.

Importance relative des différentes drogues dans les données de la police

Les tendances indiquées ci-dessus sont également à apprécier en fonction de l'importance relative des différentes drogues dans les données de la police fournies par les villes. La figure 13 montre la distribution par drogue des arrestations en 1989/90, et la figure 14 les distributions pour 1989/90 par rapport à 1985.

Il y a de très grandes différences entre les villes. Les figures 14a et 14b décomposent les arrestations par drogue. Les figures 14c et 14d, de type similaire, montrent aussi la distribution des drogues dans les différentes saisies pour les villes qui n'ont pas fourni de données sur les arrestations par drogue. Ainsi, en 1989/90, les opiacés (presque exclusivement de l'héroïne) représentaient plus de la moitié des arrestations, toutes drogues confondues, à Hambourg, Amsterdam et Lisbonne. A l'autre extrémité, les opiacés étaient en cause dans 4 % des arrestations à Londres et dans 15 % à Dublin. Dans ces deux villes, le cannabis représentait plus de 80 % de toutes les arrestations liées à la drogue, contre moins de 20 % à Amsterdam et Hambourg. On constate aussi des différences en ce qui concerne les drogues autres que le cannabis. A Dublin, Hambourg, Lisbonne, Paris et Rome, les opiacés représentent plus des trois-quarts des arrestations pour les drogues autres que le cannabis, et à Amsterdam et en Espagne (Barcelone), environ deux tiers. En revanche, ils représentent seulement un quart des arrestations pour les drogues autres que le cannabis à Londres, à Stockholm et en Norvège, et une part quasiment nulle à Helsinki.

Les amphétamines représentent une part importante à Stockholm (trois-quarts des arrestations pour les drogues autres que le cannabis), ainsi qu'à Helsinki, en Norvège et, dans une moindre mesure, à Londres. La cocaïne représentent une part importante des arrestations pour les drogues autres que le cannabis à Amsterdam (un tiers) et, dans une moindre mesure, en Espagne, à Lisbonne, Londres et Rome (environ un cinquième). A Helsinki et Oslo, les délits liés à d'"autres drogues", y compris les drogues soumises à prescription médicale, représentent plus de la moitié des arrestations pour les drogues autres que le cannabis. A Londres, le LSD et la MDMA figurent parmi les autres drogues plus importantes.

Outre les différences entre les villes sur le plan des tendances dans le temps et des drogues en cause, on constate aussi des disparités dans le nombre d'arrestations pour 100 000 habitants (voir figure 13b). Il reste qu'elles sont difficiles à interpréter en raison d'importantes différences dans les définitions, les pratiques d'enregistrement et les politiques de répression.

Signification des tendances concernant les arrestations

Le degré d'exploitabilité des données de police en tant qu'indicateur du profil de consommation de drogues varie selon la ville. Même si les indicateurs concernant les arrestations correspondent à d'autres sources d'information sur des tendances spécifiques, il importe de savoir dans quelle mesure on peut généraliser la relation entre ces données et les tendances de la consommation de drogues. Par exemple, la forte augmentation du nombre d'arrestations pour l'héroïne à Hambourg à partir de 1987 reflète, sans doute de façon non-linéaire, le net relèvement, largement attesté, du niveau de la consommation d'héroïne et de l'héroïnomanie, survenu ces dernières années. Cela dit, la diminution du nombre d'arrestations pour le cannabis après 1987 peut être interprétée non pas comme un recul de la consommation de cannabis mais plutôt comme le reflet d'un changement de priorité dans les activités de police (en faveur de l'héroïne).

La diminution du nombre d'arrestations pour les opiacés observée depuis 1985 à Amsterdam, Dublin, Londres et Paris, et depuis 1988 à Rome, ne saurait être considérée globalement comme l'expression d'une baisse de la consommation d'héroïne. A Amsterdam, la réorganisation des activités de police et les nouvelles modalités de collecte de données compliquent l'interprétation. De l'aveu général, le niveau de consommation d'opiacés est plutôt stable qu'en baisse, même si les usagers connus (en majorité des héroïnomanes) représentent un groupe vieillissant. A Dublin, on considère que la tendance concernant les arrestations pour les opiacés est un indicateur raisonnable, alors qu'à Londres, Paris et Rome, cette conclusion se justifie moins. A Londres, cette diminution ne peut s'expliquer par le relâchement des activités de police, étant donné que le nombre total d'arrestations, toutes drogues confondues, a doublé depuis 1985. D'autres indicateurs suggèrent une situation stable aussi bien du point de vue des disponibilités d'héroïne que de la consommation de cette drogue. De même, on manque trop d'éléments pour affirmer que la prévalence à Paris et Rome a décliné depuis 1985. A Rome, il est possible que les changements survenus dans le mode de répression y soient pour quelque chose; en effet, les données montrent le même profil pour toutes les drogues (croissance jusqu'en 1988, suivi d'un repli).

Il convient aussi d'interpréter avec prudence l'augmentation du nombre des arrestations pour les opiacés, observée depuis 1985 dans les autres villes pour lesquelles on dispose de données. La multiplication et la stabilisation plus récente du nombre d'arrestations pour l'héroïne en Espagne (donc aussi à Barcelone) reflètent assez bien, quoique avec un retard de 2-3 ans, les données relatives aux tendances de la prévalence de l'héroïne, même si ces données se réfèrent aux activités de vente/trafic. A Oslo, l'accroissement modeste du nombre d'arrestations peut éventuellement s'expliquer par les activités de police. A Lisbonne, la récente augmentation du nombre d'arrestations est également difficile à évaluer, bien qu'elle soit conforme aux progressions perçues à travers les indicateurs pour les opiacés.

Même si les données ne sont pas ventilées par drogue à Stockholm ou Copenhague, les deux villes ont enregistré ces dernières années une forte augmentation du nombre d'arrestations liées à la drogue. Dans les deux cas, on pense qu'elle est due essentiellement à l'intensification des activités de police. A Genève, le nombre de délits correctionnels de détention de drogue a augmenté, en partie à cause des activités de police, mais les données pour cette ville ne sont pas décomposées par drogue. A Helsinki, les chiffres peu élevés traduisent presque à coup sûr une faible prévalence.

S'agissant des autres drogues, l'augmentation du nombre d'arrestations pour la cocaïne depuis 1985 résulte probablement d'une réelle évolution à Hambourg, en Espagne, à Londres, Paris, Rome et Lisbonne. Il convient cependant de rappeler que le nombre d'arrestations pour la cocaïne est faible dans presque toutes les villes. Quant aux arrestations pour les autres drogues, on ne saurait considérer le repli observé à Amsterdam comme un indicateur fiable, tandis que la baisse et le maintien à un faible niveau des taux/nombres à Dublin semblent traduire correctement la faible prévalence de la consommation de cocaïne.

Les chiffres concernant les arrestations pour le cannabis semblent refléter plus nettement que les autres drogues les différences entre les villes sur le plan des principes d'action. A Dublin et Londres, le nombre d'arrestations pour le cannabis a doublé ces cinq dernières années et représente la grande majorité de toutes les arrestations liées à la drogue, contrairement aux autres villes/pays. On note aussi un plus grand nombre d'arrestations pour le cannabis à Rome et en Espagne, bien que cette drogue représente moins de 50 % des arrestations, toutes drogues confondues. En Espagne, la tendance va dans le sens opposé aux autres indicateurs (principalement des données d'enquêtes) qui suggèrent un recul de la prévalence de l'usage de cannabis pendant les années 80.

Ces données font également apparaître les villes/pays où les amphétamines tiennent une place importante, principalement dans les pays nordiques et à Londres (et dans d'autres parties du Royaume-Uni). On ne trouve guère de traces d'amphétamines dans les autres villes.

3.6 Emprisonnements

Cet indicateur couvre deux concepts différents. Le premier a trait aux données sur les personnes condamnées à la prison pour infraction à la législation sur les drogues (et qui peuvent être ou ne pas être des toxicomanes, par exemple certains trafiquants). Le second concerne les données sur les toxicomanes en prison (qui y sont souvent pour des délits d'une autre nature, notamment pour vol, et pas nécessairement pour des infractions à la législation sur les drogues). Aucune de ces catégories de données ne peut servir à décrire ou à comparer les tendances en matière de consommation de drogues. Elles fournissent plutôt une indication sur les peines prévues pour ceux qui enfreignent la législation sur les drogues et pour les toxicomanes. Ce dernier indicateur (toxicomanes au sein de la population carcérale) peut aussi aider à l'élaboration de principes d'action et de services à l'intention des détenus abusant de la drogue.

1) Personnes condamnées à la prison pour infraction à la législation sur les drogues

Trois villes seulement ont fourni des données sur le nombre et la proportion de personnes condamnées chaque année à la prison pour infraction à la législation sur les drogues (toutes drogues confondues) (tableau 12, Annexe III). Des données nationales ont été fournies par deux autres pays sur le nombre de personnes condamnées à la prison pour ce type de délit à une date donnée (et la proportion que ce nombre représentait dans la population carcérale). A Hambourg, cette proportion est tombée de 33 % en 1980 à moins de 20 % en 1989. A Londres, la proportion, et aussi le nombre total des personnes mises en prison pour des infractions à la législation sur les drogues, a diminué, passant de 12 % en 1986 à 3 % en 1990. Les données pour Rome ne portent que sur les trafiquants condamnés, dont 90 % ont été mis en prison. Ces données ne sont pas comparables. Le cannabis est en

cause dans une majorité croissante d'infractions à la législation sur les drogues, alors que les opiacés sont la drogue la plus répandue à Hambourg; les chiffres pour Rome ne tiennent pas compte des condamnations pour détention de drogue destinée à l'usage personnel. En Irlande et à Helsinki, 4 % et 3 % respectivement de la population carcérale totale à une date donnée étaient en prison pour des délits portant sur la drogue. Toute tentative d'analyser les disparités entre les taux d'emprisonnement des auteurs d'infractions dans différents pays devra être fondée sur une approche à la fois plus vaste et plus détaillée, qui prenne en compte l'arsenal judiciaire appliqué aux diverses infractions portant sur les multiples drogues.

2) Toxicomanes au sein de la population carcérale

On trouvera au tableau 13 (Annexe III) des données sur les toxicomanes au sein de la population carcérale. Les définitions et les méthodes utilisées pour recenser les toxicomanes varient selon la ville. La figure 16a (Annexe IV) montre que la proportion des toxicomanes (signalés) en prison varie entre 6 % à Helsinki et plus de 50 % à Stockholm. La figure 16b montre que le nombre d'usagers de drogues (généralement présentés comme toxicomanes) a sensiblement augmenté à Stockholm (probablement à cause des mesures de coercition) et à Hambourg (à cause d'une consommation accrue d'héroïne). A Amsterdam et à Rome, le nombre et la proportion de détenus toxicomanes, toutes drogues confondues, ont augmenté plus modestement depuis 1985. Au Danemark, le nombre de toxicomanes est en légère progression, mais le nombre de "toxicomanes irréductibles" (abus par voie intraveineuse et/ou habituel d'usagers de drogues autres que le cannabis) est relativement constant. Au Royaume-Uni (mais pas à Londres), le nombre de toxicomanes signalés par les établissements pénitentiaires a diminué.

4. TENDANCES D'APRES LES INDICATEURS DU "MARCHE"

4.1 Saisies de drogues illicites

Il convient de distinguer deux façons de mesurer les saisies. La première, la plus couramment citée, consiste à déterminer la quantité des différentes drogues saisies (tableau 14, Annexe III). La seconde consiste à déterminer le nombre de saisies (tableau 15). La quantité totale saisie reflète souvent un nombre relativement faible de saisies portant sur de grandes quantités de drogues enlevées aux trafiquants ou à de gros fournisseurs par les fonctionnaires des douanes ou des unités de police anti-drogues. A l'inverse, le nombre total de saisies reflète généralement un nombre (beaucoup) plus important de saisies modestes effectuées par les services de répression auprès des usagers ou des petits revendeurs. Dans le meilleur cas et compte tenu des importantes réserves formulées ci-après, les quantités saisies pourraient être considérées comme un indicateur "côté offre" du marché clandestin; et le nombre de saisies comme un indicateur à l'échelon inférieur des disponibilités locales ou de trottoir, surtout si ce nombre ne prend pas en compte les saisies effectuées par les fonctionnaires des douanes. On peut s'attendre à trouver une corrélation entre le nombre de saisies d'une drogue spécifique par la police et le nombre d'arrestations pour cette drogue, mais pas entre le volume total saisi et le nombre d'arrestations.

1) Quantités de drogues saisies

Dans la pratique, il est difficile de confirmer l'hypothèse selon laquelle pour les mêmes drogues, les quantités saisies sont directement proportionnelles à l'approvisionnement. Les quantités saisies dépendent non seulement de l'approvisionnement global, mais aussi des moyens, de l'efficacité (et de la chance) des services de répression. Elles peuvent varier dans le temps ainsi que d'une ville/pays à l'autre. Une seule saisie importante peut fausser les chiffres pour l'ensemble de l'année. Par ailleurs, il n'est pas toujours possible de distinguer entre les saisies de drogues "en transit" vers d'autres villes ou pays de celles destinées au marché local. Les variations importantes et régulières de l'ordre de grandeur des saisies reflètent souvent des variations réelles de l'ampleur de l'approvisionnement, mais on ne saurait pour autant supposer qu'il existe une relation constante entre les quantités saisies et l'offre totale. Une hypothèse plus dangereuse encore consiste à prendre les quantités saisies comme indicateur de la demande ou de la consommation des drogues concernées.

Héroïne

Les graphiques 17a, b et c (Annexe IV) montrent les tendances concernant la quantité d'héroïne saisie dans différents pays. On s'est fondé sur les données nationales, lorsqu'elles étaient fournies, car elles prennent en compte les importantes saisies effectuées par les douanes et les unités de police nationale et permettent sans doute de mieux cerner la situation que les données municipales, qui tendent à fluctuer davantage et reflètent la répartition des responsabilités entre les unités nationales et les unités locales de répression (le tableau 12 de l'Annexe III fournit les données municipales et les données nationales).

Il existe des écarts considérables entre les pays en ce qui concerne la totalité des quantités saisies et les tendances dans le temps. En Espagne, en Allemagne, en Italie et au

Royaume-Uni, les quantités saisies ont augmenté depuis 1985 et dépassé, dans chaque cas, les 500 kg en 1990. A l'autre extrémité, les quantités saisies en Irlande et en Finlande sont minimales et auraient même tendance à décliner depuis 1985. En France, les chiffres pour 1989 et 1990 ont fortement augmenté, passant au-dessus des 400 kg en 1990. Les données pour le Portugal, pour Copenhague et pour la Suède montrent aussi un accroissement depuis 1985, bien que les quantités indiquées pour la Suède soient faibles. Par contre, les chiffres pour Amsterdam montrent une diminution des quantités saisies, qui sont tombées de plus de 200 kg en 1986 à environ 50 kg en 1990. A Genève, les quantités sont fluctuantes.

Cocaïne

Comme pour l'héroïne, les écarts entre les pays sont importants, notamment en ce qui concerne les quantités saisies en termes absolus et les tendances dans le temps (figures 18a et 18b). En Espagne, en Allemagne, en France, en Italie, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (sans doute aussi en Suisse), les quantités saisies sont importantes et vont croissantes. Au Portugal, les quantités saisies sont aussi considérables, encore qu'elles aient diminué en 1990. Plus récemment (pas indiqué dans les tableaux), il y a eu plusieurs saisies très importantes de cocaïne dans un certain nombre de pays européens (Angleterre, Ecosse, Pays-bas, Allemagne). En revanche, les quantités saisies dans les pays nordiques et en Irlande sont nettement inférieures, même si la tendance est à la hausse à Copenhague et en Suède.

Amphétamines

Toutes les villes ne fournissent pas de données sur les saisies d'amphétamines (tableau 14, Annexe III). Les seuls pays à avoir signalé d'importantes saisies d'amphétamines sont le Royaume-Uni (275 kg en 1990) et les pays nordiques, notamment la Suède, à l'exception de la Finlande. Amsterdam et Hambourg font aussi état de saisies d'amphétamines remontant à quelques années.

Cannabis

Les quantités de cannabis saisies sont très fluctuantes dans de nombreux pays. Les trois pays où l'on a saisi les plus grandes quantités (plus de 30.000 kg en 1990) sont l'Espagne, le Royaume-Uni et la France (aucune donnée reçue du Danemark ni des Pays-Bas). A l'opposé, les quantités saisies en Irlande et dans les pays nordiques dépassent rarement les 200 à 300 kg par an. Dans la plupart des pays, les quantités saisies au cours des deux ou trois dernières années ont été plus importantes qu'au cours des années précédentes, sauf en Irlande, en Norvège et en Suède où elles sont inférieures aux quantités saisies dans les années 80.

2) Nombre de saisies

Seuls cinq rapports fournissent des données municipales (Lisbonne, Londres, Oslo, Paris, Stockholm) sur le nombre de saisies des différentes drogues. Des données nationales sont communiquées pour l'Espagne et la Norvège, et, toutes drogues confondues, pour l'Irlande. La figure 19 montre le nombre de saisies pour les différentes drogues en 1990 (1989 pour Paris) et le tableau 15 (Annexe III) présente les données annuelles, dans la mesure où elles sont disponibles.

Remarques à propos des saisies

A l'avenir, on pourrait formuler les données sur les saisies en indiquant a), sur le plan de l'offre, le poids moyen des saisies effectuées par les douanes ou d'autres services de répression s'intéressant aux trafiquants et aux gros fournisseurs, et/ou le nombre de saisies importantes (pour l'héroïne, par exemple, le nombre de saisies au dessus de 1 kg, 10 kg etc); et b), au niveau de l'utilisateur et de la demande, le nombre de petites saisies (pour l'héroïne et la cocaïne, par exemple, le nombre de saisies de moins de 1 gramme). De toutes façons, il est important d'examiner les tendances à travers les données sur les saisies, en les combinant avec celles sur les prix et le degré de pureté des drogues illicites.

4.2 Prix & degré de pureté

Il est utile de corréliser les données sur les prix et le degré de pureté des drogues illicites avec les chiffres des saisies pour interpréter les tendances du marché clandestin. En supposant, par exemple, que les quantités des drogues saisies augmentent dans des proportions importantes et que les prix à la consommation ou prix de vente dans la rue sont en baisse pour un degré de pureté qui reste inchangé ou augmente, il est alors possible que l'approvisionnement (par rapport à la demande) soit en train de croître. Par contre, si un accroissement des saisies est suivi d'une hausse des prix et d'une réduction du degré de pureté, alors l'interprétation la plus plausible est que les saisies entraînent une diminution des disponibilités de drogues. En bonne logique, les données sur les prix et les degrés de pureté relatifs d'une drogue donnée aux différents niveaux du marché (par exemple, au niveau de la rue, des revendeurs à grande échelle et des gros importateurs/trafiquants) peuvent compléter les données qualitatives et permettent de cerner la structure interne des marchés clandestins des différentes drogues. Malheureusement, pour la plupart des villes, seules sont fournies les données sur les prix "trottoir" (et parfois sur le degré de pureté).

Il est probable que les critères appliqués pour enregistrer les prix au niveau du consommateur ou de la rue varient d'une ville à l'autre. Dans certaines villes, par exemple, le prix indiqué pour l'héroïne est fondé sur le montant payé pour un gramme. Dans certains cas, notamment lorsque la drogue est achetée à un revendeur opérant à partir d'un appartement plutôt que dans la rue, le gramme est pesé. Dans les autres cas, il ne s'agit peut-être que de "1 gr" ou "1/4 gr" nominal. Dans d'autres villes, le prix par gramme est fondé sur des hypothèses concernant la quantité moyenne de drogue contenue dans l'un de ces "sachets" plus petits vendus dans la rue. Le prix par gramme fondé sur cette dernière méthode est réputé nettement plus élevé et représente à peu près le double ou le triple des prix "standard" par gramme obtenus selon la première méthode. On aurait tort de supposer que la totalité ou la majorité des usagers de drogues achètent leur drogue littéralement dans la rue. Cela vaut notamment pour la cocaïne, encore que dans certaines villes, une part importante du commerce illicite de l'héroïne, du cannabis et d'autres drogues se pratique aussi dans des cadres plus privés. Il est aussi probable que les différentes sources d'information sur les prix donneront des chiffres différents. Les données communiquées dans la présente étude sont donc à interpréter avec prudence.

Le tableau 16 (Annexe III) et les graphiques 20 et 21 (Annexe IV) présentent les données sur les prix (en écus); le tableau 17 et les graphiques 22a, b & c sur le degré de pureté.

Héroïne

Les prix de l'héroïne varient d'une ville à l'autre. Cela dit, les prix très élevés signalés à Copenhague, Dublin, Helsinki et Oslo ont été obtenus à partir d'estimations du prix/gr. des petits sachets d'héroïne vendus dans la rue. Si cette méthode d'estimation des prix fournit en fait des chiffres deux à trois fois supérieurs à ceux que l'on obtient en déterminant le prix au gramme, les prix dans ces villes seraient alors plus proches de ceux de Stockholm, en restant cependant plus élevés dans les autres villes. Compte tenu de certaines réserves méthodologiques, il apparaît que le prix de l'héroïne en 1991 est le plus élevé dans les pays nordiques et en Irlande, le moins élevé à Amsterdam, Hambourg et Lisbonne et un peu plus élevé à Genève, Londres, Paris (aucunes données reçues de Barcelone ni de Rome). Il est particulièrement frappant qu'à l'exception d'une légère augmentation des prix à Stockholm en 1990, les prix de l'héroïne sont restés stables ou ont diminué depuis 1985. On notera aussi la chute sensible des prix à Hambourg et Genève. En 1991, Oslo a enregistré un effondrement temporaire des cours par suite de la guerre des prix. Depuis, les prix se sont rétablis à leur ancien niveau. Compte tenu du fait que tous les pays ont connu une certaine inflation pendant cette période, on notera à travers ces données la baisse constante des prix de l'héroïne dans toutes les villes européennes.

Le graphique 22a (Annexe IV) montre que dans les cinq villes pour lesquelles on dispose de données, le degré de pureté tendait à s'élever depuis 1987 et avoisinait les 40 % en 1989/90, Dublin signalant même une forte augmentation en 1990 (60 %), mais qui se référait principalement à d'importantes saisies. Si le schéma global de chute des prix pour un degré de pureté stable ou croissant (à des niveaux relativement élevés) a été constaté dans d'autres régions d'Europe, il convient d'en déduire que l'augmentation des quantités d'héroïne saisies depuis 1985 traduit un niveau stable ou croissant de l'approvisionnement et des disponibilités d'héroïne.

Cocaïne

A part Helsinki, où la cocaïne est difficile à trouver et très coûteuse, les prix signalés par les différentes villes en 1990 varient entre 40-50 et 140-150 écus/gr.. Pour fragmentaires que soient les données communiquées, elles indiquent des prix plus bas à Amsterdam et Lisbonne et plus élevés à Copenhague, Dublin, Oslo et Stockholm. Dans la catégorie intermédiaire on trouve Barcelone, Genève, Hambourg, Londres et Paris. A l'exception de Stockholm, où les prix ont grimpé en 1990, la tendance générale depuis 1985 a été plutôt à la stabilité ou à la baisse des prix, notamment dans les villes où la cocaïne est plus chère. Comme pour l'héroïne, si l'on tient compte de l'inflation, le prix de la cocaïne a eu tendance à baisser.

Des données sur le degré de pureté de la cocaïne ont été fournies par quatre villes. L'augmentation enregistrée à Dublin s'exprime en chiffres très modestes, probablement faussés par la saisie d'un chargement de cocaïne à degré de pureté élevé, trouvé échoué sur la plage et non destiné au marché local. Par ailleurs, le degré de pureté de la cocaïne à Hambourg, à Oslo et au Royaume-Uni avoisine les 60 %. Si le profil concernant le prix et le degré de pureté s'applique plus généralement à d'autres parties de l'Europe, il apparaît alors que les saisies de quantités de cocaïne qui vont croissantes depuis le milieu des années 80 n'ont eu qu'une faible incidence sur les disponibilités.

5. CONCLUSIONS

5.1 Tendances historiques de la consommation de drogues à des fins autres que médicales

Les années 60 et avant

Dans la plupart des villes, la consommation de drogues à des fins autres que médicales est apparue pour la première fois en tant que phénomène social important au cours des années 60/début des années 70. Il était une émanation de la vaste évolution culturelle de la jeunesse qui s'est opérée à cette époque. La principale drogue en cause était le cannabis et, dans une moindre mesure, le LSD, sans oublier cependant une certaine consommation d'opium. La seule exception - pour des raisons liées au contexte politique - était Barcelone, où l'usage de drogues illicites s'est développé plus tardivement dans les années 70.

Dans certaines villes, la consommation d'amphétamines à des fins autres que médicales (obtenues de sources médicales) a précédé celle du cannabis. A Stockholm, l'usage d'amphétamines s'est développé dans le courant des années 50 et 60. A Londres, les amphétamines ont commencé à être recherchées par les jeunes au cours des années 50/début des années 60. A Barcelone, leur consommation était relativement répandue dans certains groupes tels que les étudiants pendant les années 60/début des années 70. L'usage d'amphétamines était aussi signalé au début des années 60 à Copenhague, Dublin et Hambourg. Dans d'autres villes, les amphétamines ne sont mentionnées qu'à partir de la fin des années 60 et 70.

Avant les années 60, le nombre de toxicomanes (principalement à la morphine) connus était modeste (Copenhague, Hambourg, Helsinki, Londres, Oslo, Stockholm, et sans doute d'autres villes). On les trouvait essentiellement dans les professions médicales (médecins, sages-femmes) ou chez des patients, y compris des anciens combattants qui avaient reçu de la morphine au cours d'un traitement médical. L'usage de drogues était généralement le fait d'individus et trop discret pour être considéré comme un "problème social".

Les années 70

Au début des années 70, la consommation de drogues (essentiellement le cannabis) s'est rapidement propagée dans la plupart des villes. Par la suite, dans certaines villes, l'usage du cannabis par les jeunes est resté relativement stable (à Oslo, par exemple) ou a diminué (notamment à Hambourg, Helsinki, Stockholm), bien que les deux villes d'Oslo et de Stockholm aient enregistré une augmentation de courte durée à la fin des années 70. A Dublin, par contre, l'usage du cannabis s'est développé pendant les années 70, et à Barcelone à la fin de la décennie. Dans toutes les villes où des tendances sont signalées, la consommation de LSD a atteint une pointe au milieu des années 70, puis a décliné.

S'agissant de la consommation à risque de drogues plus dangereuses, de nombreuses villes ont enregistré un accroissement substantiel des disponibilités d'héroïne, de la consommation de cette drogue et de l'héroïnomanie à partir du milieu des années 70 jusque dans les années 80. Dans quelques villes (Amsterdam, Copenhague et Londres), la progression de l'opiomane a commencé dans les années 60 et s'est accélérée dans la seconde moitié des

années 70. Au début des années 70, l'héroïnomanie à commencer à prendre de l'ampleur à Hambourg, Paris et Oslo, suivies de Genève, de Rome et, plus tard, de Dublin, Barcelone et Lisbonne. Cela n'a pas été le cas à Helsinki, pas plus qu'à Stockholm (en tout cas pas de manière notable), qui a néanmoins enregistré une progression temporaire de l'héroïne à la fin des années 70. Dans certaines villes, la consommation de morphine (Genève, Oslo) ou d'opioïdes de synthèse (Dublin, Hambourg, Londres) a gagné du terrain au milieu des années 70, pour en reperdre lorsqu'il est devenu plus facile de s'en procurer plus tardivement dans la décennie.

L'injection d'amphétamines est restée le principal mode de toxicomanie à Stockholm pendant une bonne partie des années 70. Dans certaines autres villes, l'usage d'amphétamines a aussi été signalé pendant cette période (Amsterdam, Copenhague, Dublin, Hambourg, Londres, Oslo et, comme on l'a vu ci-dessus, Barcelone). Dans certaines d'entre elles, on a constaté que quelques drogues autres que les opiacés posaient des problèmes, soit parce qu'elles étaient consommées à forte dose, soit parce que les opiomanes se les administraient par injection. On peut citer à titre d'exemple les barbituriques et d'autres sédatifs ou somnifères (Londres, Dublin); des drogues analogues aux amphétamines telles que le méthylphénidate (Londres); des substances médicales mélangées à de l'alcool (Helsinki); et des solvants (Londres, Oslo).

5.2 Tendances de la consommation de drogues et de la toxicomanie pendant les années 80

Tendances de la consommation de drogues au sein de la population globale

Seul un nombre relativement modeste de villes disposent de données systématiques sur la consommation de drogues au sein de la population globale, de sorte qu'il est difficile de se prononcer avec certitude. Il semblerait qu'à l'exception du cannabis, la prévalence sur la vie était très faible et que les cas de consommation, actuels ou récents, soient également rares, même pour le cannabis.

Tendances de la consommation de drogues au sein des populations de jeunes.

Davantage de villes fournissent des données d'enquêtes sur la consommation de drogues au sein de la population scolaire ou d'autres populations juvéniles. Il est souvent difficile de comparer ces données avec précision compte tenu des différences dans les tranches d'âge et les méthodes utilisées. La principale drogue est le cannabis, encore que les solvants tiennent une place importante à Londres et à Oslo. Dans la plupart des villes, les amphétamines sont signalées comme étant la seconde drogue la plus répandue. Dans certaines villes (Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Oslo et Stockholm), il y a des indices d'une augmentation de la consommation de MDMA (ecstasy) et/ou de LSD dans certains groupes de jeunes. A Helsinki, il est fait état de l'usage d'alcool en association avec des substances médicales.

La tendance générale signalée par de nombreuses villes en ce qui concerne l'usage de drogues par les jeunes pendant les années 80 est une consommation stable ou décroissante de cannabis, alors que les niveaux étaient plus élevés au début des années 70. Cela dit, l'usage de cannabis a augmenté au milieu des années 80 à Dublin. Plus récemment, il semblait en

légère progression à Hambourg, Helsinki et Lisbonne.

Tendances de l'héroïnomanie

Dans la première moitié des années 80, la progression de l'héroïnomanie, survenue dans la seconde moitié des années 70, s'est ralentie, et la prévalence s'est stabilisée dans de nombreuses villes mais à des niveaux beaucoup élevés que ceux observés au début/milieu des années 70. Il semble que cette baisse de l'incidence de nouveaux cas et la stabilisation de la prévalence de l'héroïnomanie aient été plus précoces (1981/83) à Hambourg, Copenhague, Amsterdam et éventuellement Oslo, un peu plus tardives (1983/84) à Dublin, Londres, Paris et Rome, et qu'elle ne soit survenue à Barcelone qu'en 1987/88. Les données disponibles pour Genève et Lisbonne sont trop insuffisantes pour établir avec certitude les tendances de la première moitié des années 80, mais il est possible que dans les deux villes la phase de croissance la plus importante de l'incidence de nouveaux cas se situe davantage dans les années 80 que dans les années 70, ce qui explique que la prévalence continue de croître. A Stockholm, la progression de l'héroïne observée à la fin des années 70 traduit une évolution temporaire sur le plan de l'approvisionnement. Une fois que l'offre d'amphétamines fut rétabli à son ancien niveau, la consommation d'héroïne a diminué au début des années 80. Par ailleurs, le niveau de la "toxicomanie lourde", qui consiste essentiellement en l'injection d'amphétamines par voie IV, est restée stable à partir des années 70 jusque dans les années 80. A Helsinki, le niveau de consommation par voie IV (opiacés/amphétamines) est resté faible et stable.

Les tendances pendant la seconde moitié des années 80 varient selon la ville. On observe l'évolution la plus nette à Hambourg, où le niveau de l'héroïnomanie a connu une forte hausse après 1987. Il y a aussi des signes d'une certaine reprise (mais pas d'une ampleur comparable à celle de Hambourg) dans d'autres villes, où la prévalence de l'héroïne semblait s'être stabilisée, y compris à Paris (depuis 1988) et à Rome (depuis 1987/88). A Genève et Lisbonne, l'interprétation la plus plausible des données fournies est que la prévalence de l'héroïne était en augmentation pendant la seconde moitié des années 80. Il est possible qu'elle progresse de nouveau à Londres, encore que les données pour cette ville reflètent éventuellement une utilisation plus importante des services de traitement. A Barcelone, la prévalence semble s'être stabilisée ces dernières années, après la hausse enregistrée pendant toute la première moitié de la décennie. D'une manière générale, le niveau de la toxicomanie est resté relativement stable au cours de la seconde moitié des années 80 à Copenhague, Oslo, Stockholm et Helsinki, avec peut-être une légère décline à Amsterdam et Dublin.

Au début des années 90, l'opiomane était en cause dans la plupart des demandes de traitement, des décès et autres problèmes liés à la drogue dans toutes les villes, à l'exception d'Helsinki et de Stockholm.

Cocaïne

Pendant la seconde moitié des années 80, les quantités de cocaïne saisies en Europe ont augmenté. La part saisie dans les pays nordiques et en Irlande était modeste. Cela étant, les données concernant les quantités saisies renseignent sans doute plus sur les points d'entrée et les circuits de contrebande que sur les profils de consommation dans les villes.

La plupart des rapports de villes font état d'une légère augmentation de la consommation de cocaïne ces dernières années, bien que les données d'enquêtes suggèrent des niveaux plutôt faibles, souvent inférieurs à 1 % de la prévalence sur une vie entière au sein de la population globale. Les taux peuvent être plus élevés dans certaines tranches d'âge. Ainsi, à Amsterdam, la prévalence la plus élevée sur une vie entière en 1990 était de 2,3 % dans la tranche d'âge entre 30 et 39 ans, à Barcelone autour de 5-6 % dans la tranche d'âge entre 15 et 29 ans en 1990 (moins qu'en 1982), à Hambourg, 2,5 % dans la tranche d'âge entre 12 et 39 ans (1991) et à Londres 2 % dans la population scolaire (cycle secondaire) en 1986. Il ressort d'études en boule de neige réalisées dans plusieurs villes (Amsterdam, Barcelone, Londres, Paris, Rome) que le profil de consommation le plus courant est plus une pratique intermittente (par exemple, pendant les week-end ou dans des occasions spéciales) qu'une habitude et que cette drogue est généralement "sniffée". On signale un peu de "crack" à Amsterdam, Londres et Paris, et plus rarement à Barcelone, Copenhague, et Genève. Le niveau de cocaïne apparaît donc particulièrement faible (et le prix élevé) à Copenhague, Dublin, Helsinki, Oslo et Stockholm.

Dans toutes les villes, la cocaïne n'apparaît toujours que dans une proportion infime d'indicateurs de la "demande". Elle est rarement mentionnée comme drogue primaire par les centres de traitement ou en rapport avec des décès. Les drogues en cause dans la plupart des arrestations pour des drogues autres que le cannabis sont l'héroïne et/ou, dans certaines villes, les amphétamines. Cela dit, dans certaines villes, la consommation de cocaïne semble assez répandue au sein de la population de toxicomanes, qui prennent cette drogue en association avec de l'héroïne (par exemple, Amsterdam, Barcelone et peut-être d'autres villes telles que Genève et Paris). Dans un certain nombre de villes, la cocaïne semble tenir une assez grande place chez les détenus toxicomanes (Londres, Paris et éventuellement Lisbonne).

Autres drogues

Les amphétamines sont signalées comme la drogue la plus répandue dans les villes nordiques, notamment à Stockholm, Oslo, Copenhague et Londres. On estime que les disponibilités (provenant de la fabrication illicite) se sont accrues depuis 1985. La MDMA (ecstasy) est devenue une drogue plus populaire, notamment à Londres et dans d'autres parties du Royaume-Uni, ainsi que dans d'autres villes nordiques.

Les solvants ne figurent pas dans tous les rapports de villes, de sorte qu'il est difficile de formuler des conclusions générales. L'abus de solvants, principalement par les adolescents, est inquiétant au Royaume-Uni (où le nombre de décès liés à ces substances a été en hausse constante pendant la dernière décennie, ainsi qu'en Finlande et en Norvège (où la consommation tendrait peut-être à diminuer). Contrairement aux drogues illicites, la prévalence ne semble pas atteindre des niveaux disproportionnés dans les grandes villes par rapport aux autres parties du pays.

L'usage de substances médicales telles que les benzodiazépines, d'autres sédatifs et somnifères, les composés de codéine, souvent en association avec de l'alcool et d'autres drogues, est observé dans de nombreuses villes (Copenhague, Dublin, Genève, Helsinki, Londres, Oslo et Paris). Il est parfois difficile de faire la distinction entre ce qui résulte d'une prise de conscience croissante et ce qui correspond à des tendances réelles, car on ne dispose pas toujours des données pertinentes dans le temps. Une interprétation possible est que ce

profil de consommation de drogues est plus courant lorsque les approvisionnements de drogues telles que le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne sont limités ou de mauvaise qualité, ou lorsque les prix sont peu élevés, ou encore lorsque les activités de police anti-drogues s'intensifient. Il se peut aussi que certains usagers de drogues ne soient pas très sélectifs dans leur choix de substances enivrantes, ou que, du point de vue de l'utilisateur, certaines associations de drogues (par exemple, l'héroïne et les benzodiazépines) produisent un effet accru.

Autre catégorie de drogue assez différente qui commence à inquiéter: les stéroïdes. Hormis les problèmes touchant aux compétitions sportives, il y a les risques pour la santé. Ainsi, les pratiquants du culturisme et d'autres disciplines sportives peuvent s'injecter des stéroïdes. Les rapports préliminaires fournis par le Royaume-Uni indiquent une tendance assez répandue à utiliser en commun le matériel d'injection dans les gymnases, ce qui suscite de l'inquiétude quant aux risques de transmission de maladies contagieuses, y compris l'infection par le VIH.

Modes d'administration

On constate des différences substantielles entre les villes en ce qui concerne le mode habituel d'administration de la drogue par les toxicomanes. Ainsi, à Amsterdam, 40 % seulement des héroïnomanes procèdent par injection (la majorité préfèrent fumer l'héroïne) alors qu'en Catalogne (Barcelone) le taux dépasse 80 %. A Londres, environ deux tiers des toxicomanes signalés pratiquent l'injection. L'injection est manifestement le mode d'administration le plus répandu pour cette drogue dans la plupart des autres villes, à l'exception peut-être de Lisbonne, où une proportion importante des toxicomanes s'adressant aux centres de traitement fument l'héroïne, et de Genève, où une grande partie des clients sniffent ou fument cette drogue.

Même si l'injection reste le mode de consommation d'héroïne le plus répandu, la situation a un peu évolué ces dernières années. Ainsi, bien que le chiffre de 80 % à Barcelone soit élevé, il est presque certainement inférieur à ce qu'il était il y a quelques années. Dans certaines contrées du sud de l'Espagne, la proportion des toxicomanes procédant par injection est tombée à moins de 40 %. Les études ethnographiques sur les héroïnomanes à Paris révèlent aussi une tendance à ne plus s'injecter l'héroïne, à la sniffer plutôt qu'à la fumer, ou encore à passer à d'autres drogues.

La cocaïne est presque toujours sniffée, sauf lorsqu'elle est consommée par des héroïnomanes par voie IV, qui se l'administrent habituellement par injection. Il y a dans certaines villes des groupes d'usagers primaires d'amphétamines qui s'injectent de la drogue, et des héroïnomanes qui ont l'habitude de s'injecter des amphétamines. Autrement, les amphétamines sont prises par voie orale ou sniffées.

5.3 Caractéristiques sociales et démographiques

Age

Les enquêtes sur la consommation de drogues par les jeunes révèlent un important effet d'âge. Les taux sont presque toujours plus faibles chez les enfants en âge scolaire (par exemple, entre 12 et 18 ans) que chez les jeunes adultes (entre 20 et 29 ans). On constate aussi chez les enfants en âge scolaire des différences substantielles entre les plus jeunes et les moins jeunes. Chez les moins de 15 ans, la prévalence sur une vie entière de la consommation de cannabis est faible (5 %), bien que l'on signale l'usage de solvants dans des proportions plus importantes. A 17-18 ans, de 20 à 30 % ont touché au cannabis, et chez les jeunes adultes, le taux dépasse 30 %.

La plupart des villes constatent un effet d'âge chez les toxicomanes examinés dans les centres de traitement, chez ceux qui meurent ou qui sont arrêtés par la police. On se gardera de simplifier l'interprétation de ces observations en parlant d'une cohorte vieillissante de toxicomanes invétérés. Dans la plupart des villes, l'âge moyen déterminé d'après les indicateurs n'a augmenté que lentement pendant les années 80, ce qui veut dire que l'incidence des nouveaux (jeunes) toxicomanes se maintient à peu près au même niveau. A l'avenir, il conviendra de disjoindre cohortes vieillissantes et populations nouvelles de toxicomanes.

Sexe

Dans toutes les villes, les hommes occupent une plus grande place que les femmes dans les données sur les toxicomanes. Le rapport hommes/femmes varie entre 2:1 et 4:1. Les toxicomanes de sexe féminin sont généralement plus jeunes que ceux de sexe masculin. Dans quelques villes (notamment Lisbonne et Oslo), on a observé une augmentation du nombre de nouvelles toxicomanes dans la plus jeune tranche d'âge (moins de 20 ans). Les enquêtes sur la consommation de drogues au sein de la population globale font apparaître des rapports hommes/femmes plus équilibrés.

Facteurs socio-démographiques

Toutes les villes ne fournissent pas des informations sur les facteurs socio-démographiques. Aussi les remarques ci-après sont-elles sélectives.

Les enquêtes sur la consommation de drogues révèlent des taux de prévalence des drogues illicites plus élevés dans les villes qu'à l'échelle nationale. Ces différences s'atténuent ou s'estompent pour les solvants et les mélanges de drogues licites (pilules, alcool). De même, la toxicomanie est concentrée dans les villes. Cependant, le pouvoir d'attraction "magnétique" qu'exerce le marché clandestin sur les personnes vivant en dehors de la ville peut donner l'impression que les niveaux de prévalence sont plus élevés que ceux fondés sur la population urbaine de toxicomanes.

Le lien entre la consommation de drogues et la condition sociale n'est pas simple à établir. Il peut varier selon que l'on considère l'usage de drogues à proprement parler ou des

profils de toxicomanie plus graves. Dans certaines villes (notamment Amsterdam et Barcelone), la consommation de drogues (essentiellement le cannabis), telle qu'elle est mesurée par les études de population, est généralement plus importante dans les quartiers de classe moyenne ou chez les individus d'un bon niveau d'instruction. Cela dit, à Oslo, l'usage de cannabis est plus répandu chez les jeunes qui ont abandonné l'école. Quant à la toxicomanie, il existe une étroite corrélation dans plusieurs villes entre la prévalence et une relative privation sociale (par exemple, à Barcelone, Dublin, Paris et Stockholm). Cela n'est pas vrai dans toutes les villes; ainsi, à Genève et à Londres, l'héroïnomanie est répartie d'une manière plus diffuse entre les différents groupes sociaux.

Minorités ethniques

Dans certaines villes, les minorités ethniques sont très largement majoritaires dans les populations de toxicomanes d'Amsterdam, de Paris et, éventuellement, de Hambourg. Il ne semble pas que ce soit le cas dans les autres villes (Barcelone, Dublin, Helsinki, Londres).

Au début des années 90, des rapports signalaient que la pratique consistant à fumer de l'héroïne était apparue chez de jeunes groupes d'immigrés ou des enfants d'immigrés à Stockholm, Oslo et peut-être Amsterdam. De même, plusieurs villes (Genève, Hambourg, Oslo, Stockholm) ont fait état d'une augmentation du nombre d'étrangers arrêtés pour trafic. A Londres, on signalait récemment un accroissement des disponibilités de "crack" dans certains quartiers peuplés de personnes originaires d'Afrique et des Caraïbes, même si les avis divergent quant à la proportion d'usagers de couleur noire.

C'est là une question délicate compte tenu du débat politique sur l'immigration en Europe et la montée du racisme déclaré dans certains pays. C'est aussi une question complexe. Parfois, les termes "immigré", "étranger" et "minorité ethnique" sont utilisés comme s'ils étaient interchangeable; or, ils ne le sont pas. Ainsi, dans certaines villes, plusieurs minorités ethniques ne sont pas des immigrés récents, mais des résidents de longue date (y compris le nombre croissant d'immigrés de seconde et de troisième générations) qui sont des citoyens à part entière des pays considérés. Dans d'autres villes, on y assimile les travailleurs "immigrés" qui, bien qu'ayant vécu dans la ville pendant des années, n'ont pas statut de résidents ou de ressortissants nationaux à part entière. Dans certains cas, les "étrangers" sont des ressortissants d'autres pays européens avec statut de résidents, dans d'autres cas, ce sont des touristes temporaires. Les "immigrés" s'entendent parfois de personnes ayant migré d'une partie du pays dans une autre partie (généralement le sud). Il arrive aussi que ce terme soit utilisé comme euphémisme pour désigner les groupes originaires de certaines parties du monde, indépendamment de leur statut juridique. De telles simplifications excessives risquent d'entretenir des stéréotypes aussi dangereux que douteux. Il importe en particulier de faire dans ce domaine une analyse qui tienne davantage compte des données historiques et culturelles.

5.4 Evolution sur les marchés des drogues illicites

L'examen des marchés de drogues illicites est d'autant plus difficile que les données divergent et que les informations disponibles font l'objet d'interprétations diverses. Comme on l'a souligné au chapitre 4, les données sur les saisies renseignent sur les activités de répression et sur d'autres facteurs, souvent inconnus, ainsi que sur les approvisionnements et

les disponibilités de drogues. Par exemple, la situation géographique du pays du point de vue du commerce international et des liaisons de transport peut être un facteur important à prendre en compte dans l'interprétation des données relatives aux saisies. Il est probable que la population plus vaste de pays comme l'Allemagne, l'Italie, la France et le Royaume-Uni soit aussi un facteur important pour déterminer l'échelle des marchés de drogues illicites. Aussi convient-il de lire les remarques ci-après en gardant ces réserves à l'esprit.

Héroïne

Il y a des différences considérables entre les villes et les pays pour ce qui concerne l'ampleur du marché clandestin de l'héroïne (comme l'indique, par exemple, l'ordre de grandeur des quantités saisies). En Irlande, en Finlande et en Suède, par exemple, les quantités totales saisies pour n'importe quelle année n'ont jamais dépassé 10 kg, sauf en Norvège, mais rarement. Par contre, en Allemagne et en Italie, les quantités totales saisies en 1990 ont dépassé 1000 kg. Parmi les autres pays où les quantités saisies étaient relativement importantes (centaines de kg) figurent l'Espagne, le Royaume-Uni, la France et les Pays-Bas. Il est probable que ces saisies plus substantielles renseignent en partie sur les circuits de contrebande, les structures de la distribution internationale et les marchés intérieurs propres aux pays et/ou villes. Même en tenant compte des différences dans les méthodes de mesure, il semble que le prix "trottoir" de l'héroïne dans les villes scandinaves et à Dublin soit nettement plus élevé que dans les autres villes. L'une des raisons possibles est l'éloignement du marché de l'héroïne de ces pays par rapport aux grands réseaux européens d'approvisionnement (éloignement exprimé par le nombre d'étapes intermédiaires entre la production et l'approvisionnement de "la rue"). Sur la base des informations fournies dans les rapports de villes, il n'est pas possible d'évaluer l'importance relative de ce facteur et d'autres facteurs pertinents tels que la politique de répression, la taille de la population et le niveau de prévalence.

Comme on l'a vu plus haut, le marché clandestin de l'héroïne de nombreuses villes a connu une forte expansion à partir du milieu des années 70 jusque dans les années 80. Au milieu des années 80, même si dans certaines villes l'incidence semble avoir été inférieure aux niveaux "épidémiques" signalés au cours des quelques années précédentes, les indicateurs du marché de l'héroïne n'ont montré aucun signe d'une diminution et, dans certains cas, ont continué de croître. En particulier, à partir de 1988, les données pour certaines villes/pays font apparaître une nouvelle période de croissance du marché de l'héroïne, notamment à Hambourg (et en Allemagne en général) mais aussi à Paris et éventuellement en Italie, en Espagne, au Portugal, à Genève et à Londres/Royaume-Uni. Certaines avancées ont aussi été observées en Suède, au Danemark et en Norvège, mais les quantités sont faibles, et on signale aussi une intensification des activités de police. Dans toutes les villes où l'on dispose de données, le prix "trottoir" de l'héroïne est soit stable (en termes absolus) soit en baisse depuis le milieu des années 80. De même, il ressort des données disponibles que le degré de pureté moyen est resté à peu près constant (30-40 %) ou a augmenté. La prise en compte de l'inflation indiquerait une chute importante des prix de l'héroïne dans le réseau des villes, malgré l'accroissement des quantités saisies.

Parmi les changements qualitatifs sur le marché de l'héroïne, signalés par plusieurs villes, il convient de citer la criminalité croissante et la professionnalisation (notamment à Genève), l'implication d'un plus grand nombre de ressortissants nationaux dans les délits de

trafic (par exemple, à Genève, Hambourg, Oslo), les guerres des prix (en particulier à Oslo, où les prix se sont effondrés en 1991) et les différences quant aux pays d'origine (par exemple, héroïne en provenance de l'Asie du sud-est pour Copenhague, et de l'Asie du sud-ouest pour la région d'Oslo).

Cocaïne

Comme pour l'héroïne, les indicateurs du marché de la cocaïne font apparaître d'importantes disparités entre les pays sur le plan de l'ordre de grandeur. En 1990 ou 1991, plus de 1000 kg ont été saisis en Espagne, aux Pays-Bas, en Allemagne, en France, au Portugal et au Royaume-Uni. Des quantités importantes ont aussi été saisis en Italie. Les quantités saisis en Irlande et en Scandinavie étaient comparativement infimes, à l'exception de quelques saisies occasionnelles "en transit". Le prix de la cocaïne est plus élevé en Irlande et en Scandinavie. Comme dans le cas de l'héroïne, les circuits internationaux et la taille de la population sont sans doute des facteurs à prendre en compte.

La plupart des villes/pays signalent une augmentation substantielle en nombre et en quantité des saisies de cocaïne depuis le milieu des années 80, ainsi qu'une baisse de prix pendant cette période (qui s'est généralement accompagnée d'un degré de pureté oscillant entre 50 et 70 %). On rapporte qu'un peu de "crack" est produit sur une base commerciale; d'un autre côté, les saisies (portant essentiellement sur de petites quantités) se sont multipliées à Londres.

Autres drogues

En ce qui concerne le nombre de saisies et la quantité saisie (et probablement la valeur monétaire du marché), le marché du cannabis est plus important que celui des autres drogues. On observe le même profil géographique que pour l'héroïne et la cocaïne. Globalement, les quantités saisis ont eu tendance à augmenter ces dernières années, mais il est difficile de déceler des tendances en raison des importantes fluctuations annuelles, de la modification des circuits de contrebande et de l'évolution des activités en matière de répression.

On rapporte que le marché des amphétamines s'est développé depuis le milieu des années 80 à Copenhague, Oslo et Londres. Le Danemark, la Norvège, la Suède et la Grande Bretagne sont les seuls pays où d'importantes quantités d'amphétamines ont été saisis; on notera cependant que la production illicite aux Pays-Bas passe pour être une source d'amphétamines. Le degré de pureté des amphétamines est nettement plus élevé à Copenhague et à Oslo qu'à Londres (et Dublin).

5.5 Certaines conséquences de la consommation de drogues

Décès liés à la drogue

Plusieurs villes (Barcelone, Genève, Hambourg, Lisbonne, Paris, Rome) signalent d'importantes hausses de la mortalité liée à la drogue depuis 1987. Plus récemment, une forte hausse a aussi été enregistrée à Oslo (1990 & 1991) et à Copenhague, mais il n'est pas possible de dire s'il s'agit d'une tendance ou d'une variation annuelle. A Hambourg, et peut-être à Genève, Lisbonne, Rome, et Paris, une partie au moins de cette augmentation

s'explique éventuellement par une montée de la prévalence de la toxicomanie. Dans les autres villes, la prévalence accrue n'est pas considérée comme un facteur majeur. A Amsterdam, Londres et Stockholm, les tendances à long terme sont stables. Les nombres sont peu élevés à Helsinki et on n'a pas les chiffres pour Dublin. Certaines des raisons possibles de cette évolution ont été examinées ci-dessus, à la section 3.4.

SIDA et VIH

On constate des disparités importantes entre les pays (dans de nombreux cas, les données ne sont pas fournies pour les villes) sur le plan de la proportion des cas de SIDA signalés en rapport avec l'injection de drogue. Ainsi, les usagers par voie IV ne représentent que 10 % des cas de SIDA recensés en Finlande, au Danemark, en Angleterre, en Suède et aux Pays-Bas, entre 10 et 20 % en Norvège, en Allemagne, au Portugal et en France, près de 40 % en Suisse, plus de 40 % en Irlande et plus de 65 % en Espagne et en Italie.

Il y a aussi des différences substantielles entre les villes sur le plan de la prévalence estimée de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues par voie IV; il faut dire aussi que la base d'échantillonnage varie. Il apparaît que le niveau d'infection chez les usagers par voie IV est peu élevé à Helsinki, Oslo, Londres et Hambourg, relativement peu élevé à Stockholm, Dublin et Copenhague, un peu plus élevé à Amsterdam et Paris et le plus élevé à Barcelone, Genève et probablement Rome.

5.6 Evolution des principes d'action

La présente section se limite à de brèves remarques sur les importants changements d'orientation survenus ces dernières années. Deux rapports récents proposent des études exhaustives sur les concepts du droit pénal, la législation et la pratique judiciaire dans les pays européens: "*Rapport sur les concepts pénaux de base des pays membres du Groupe Pompidou en matière de lutte contre le trafic et la consommation de drogue*" (Strasbourg: Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou, 1991, P-PG (91) 1 rev 2 et "*l'Europe des douze face à la demande de stupéfiants : étude comparative des législations et des pratiques judiciaires*" (Luxembourg: Commission des Communautés Européennes, Direction générale de l'emploi, Relations industrielles et affaires sociales, 1991, Médecine et santé, EUR 13447).

Il y est question des politiques affectant directement la situation dans les villes (la réduction de la demande et l'offre à petite échelle) plutôt que du trafic international. Cela dit, les politiques en matière de drogues y sont examinées davantage sous l'angle national, sauf lorsqu'une ville présente une situation particulière. Il est difficile, dans un résumé, d'éviter les schématisations, aussi convient-il de lire les remarques suivantes en association avec les rapports de villes et les deux études sus-mentionnées. Néanmoins, certaines tendances apparaissent dans les pays appartenant au réseau multi-villes.

Le SIDA et la réduction des risques qui y sont liés

Le SIDA et l'infection par le VIH ont eu une incidence importante sur les politiques de nombreuses villes en matière de drogues. Il en a résulté, entre autres, l'adoption de mesures plus actives pour contacter, inciter à suivre un traitement ou influencer d'une autre manière les populations où prévalent des comportements à haut risque.

Les activités d'approche et de rencontre des toxicomanes de type communautaire et les programmes à seuil minimum d'admission se sont développés dans de nombreuses villes, notamment à Amsterdam, Copenhague, Dublin, Lisbonne, Londres, Genève et Oslo, mais aussi à Barcelone et Hambourg. La ligne de conduite adoptée à Paris, Rome, Stockholm et peut-être à Helsinki a consisté à se concentrer davantage sur le réseau de services existants pour les usagers de drogues; on notera aussi l'existence à Paris de projets pilote à petite échelle.

Au milieu des années 80, la maintenance à la méthadone n'a été proposé à une grande échelle que dans les villes d'Amsterdam, Londres et Rome et, à une échelle plus modeste, à Copenhague et Dublin. Depuis, ce traitement est plus largement appliqué à Copenhague et est reconnu en tant que méthode valable à Barcelone, Genève, Hambourg et Stockholm. Il est appliqué dans une moindre mesure à Lisbonne, Paris et, très récemment, à Oslo. Ce traitement n'est pas proposé à Helsinki. Les médecins généralistes jouent un rôle important dans la prescription de la méthadone à Amsterdam, Copenhague, Hambourg, Genève et Londres. Dans les autres villes, la totalité, ou presque, de la méthadone est fournie par l'intermédiaire de centres spéciaux.

De même, les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles se sont développés dans la plupart des villes, en particulier à Amsterdam, Genève et Londres, ainsi qu'à Copenhague, Dublin et Hambourg. Ces programmes sont plus limités dans les autres villes, encore que certains viennent d'être lancés à Hambourg, Oslo et Paris. A Barcelone et Rome, on peut acheter des seringues en pharmacie et certains autres points de distribution, et récemment la loi sur la vente des seringues a été libéralisée en France.

Dans les villes où des mesures d'éducation et de réduction des risques ont été mises en oeuvre à grande échelle, ces méthodes sont considérées comme complémentaires plutôt que concurrentes du traitement orienté vers l'abstinence. Un autre aspect de cette évolution est la tendance à se détourner des services spécialisés et à privilégier une approche plus globale et pluri-sectorielle visant à associer aux activités de prévention, de réduction des risques et de traitement une plus grande variété de professionnels, d'institutions et d'organisations communautaires non spécialisés à vocation sanitaire, sociale et éducative.

Répression

A mesure que se développent ces approches axées sur l'éducation et la réduction des risques, les modes de répression et d'application des lois évoluent aussi. La plupart des villes signalent une augmentation du nombre des arrestations pour infraction à la législation sur les drogues depuis 1985. Dans certains cas, cela s'explique davantage par l'intensification des activités de police que par l'accroissement des quantités de drogue détenues ou consommées (Copenhague, Dublin, Londres, Oslo, Stockholm). Parfois, cette augmentation résulte de l'effet conjugué de l'action policière et d'une plus forte consommation de drogue (Genève). Dans d'autres cas, cette évolution traduit aussi probablement des changements dans les profils de consommation: davantage d'héroïne à Hambourg, davantage d'héroïne et de cocaïne en Espagne, davantage d'héroïne (et, dans une moindre mesure, de cocaïne) au Portugal, niveau stable à Helsinki. A Amsterdam, Paris et Rome, les chiffres sont fluctuants et difficiles à interpréter. On constate aussi d'importantes différences entre les villes en ce qui concerne les drogues en cause dans les arrestations. Ces différences reflèteraient plutôt des dissemblances

sur le plan des principes d'action et de la pratique policière que des écarts de prévalence.

De même, la proportion de toxicomanes au sein de la population carcérale reflète les différences sur le plan des principes d'action et des pratiques. Dans certaines villes, plus de la moitié de la population carcérale est constituée de toxicomanes (par exemple, Stockholm, Barcelone), alors qu'au Danemark et en Angleterre, cette proportion avoisine les 10 %.

Politique à composantes multiples

Les tendances observées dans la politique de répression apparaissent parfois en contradiction avec les objectifs des démarches axées sur la réduction des risques. Bien que l'on fasse une distinction, du point de vue de la répression, entre le trafic et la consommation ou détention de drogues, et que des ressources plus importantes sont engagées dans la lutte contre le trafic à l'échelon national et international, il semble qu'à l'échelon local l'on cherche parfois à intensifier les activités de police dirigées contre les usagers et usagers-revendeurs. Cela peut aller d'une certaine manière à l'encontre des objectifs de démarginalisation et d'approche des "populations cachées". Le dosage de la double démarche "éducation" et "réduction des risques", d'une part, et de la répression, d'autre part, varie d'une ville à l'autre.

En Finlande, en Norvège et en Suède, les politiques en matière de répression à l'égard de toute consommation de drogues demeurent strictes et auraient même tendance à le devenir encore plus en Suède; en Finlande, par contre, un débat est en cours sur la décriminalisation. On notera également qu'en Norvège et en Suède en particulier, de vastes réseaux de services de santé et d'action sociale participent à la prévention et au traitement, et qu'en Suède, la maintenance à la méthadone est désormais admise pour les héroïnomanes de longue durée. En même temps, l'action de la police s'est intensifiée au niveau de l'utilisateur et de l'utilisateur-revendeur.

A Genève, en revanche, et plus particulièrement à Hambourg, la ligne d'action a beaucoup évolué dans le sens d'un ensemble de méthodes plus diversifiées, y compris celles dont l'objectif premier n'est pas de stopper la consommation de drogues. On observe des tendances similaires au Danemark, en Irlande, au Royaume-Uni et, plus récemment et de manière beaucoup plus timide, en France. Cela dit, on constate à Copenhague, Londres et, dans une certaine mesure, à Dublin, que l'intensification des mesures policières à l'égard de l'usage de drogues (essentiellement du cannabis) va de pair avec la mise en oeuvre de mesures d'entraide sociale et de réduction des risques. En France, de telles mesures ont été prises dans un contexte plus vaste où la répression, les services spécialisés et l'abstinence demeurent les principales lignes de force.

La politique néerlandaise en matière de drogues est restée sensiblement la même pendant les dix dernières années et continue de mettre l'accent sur la réduction des risques et la fourniture d'une série de services à large spectre. Au Portugal, comme à Oslo, on insiste davantage sur la prévention et le traitement que sur la réduction des risques, mais on n'accorde pas autant d'importance à la prévention par la répression de la consommation. En Espagne et en Italie, des initiatives ont été prises à l'effet de rendre la loi encore plus stricte; il reste que la détention de drogues n'est pas punie en Espagne et que les mesures de réduction des risques, y compris la maintenance à la méthadone et la distribution de seringues,

se développent dans certaines communautés autonomes.

Les oppositions qui peuvent se manifester entre l'approche "éducation" et "réduction des risques", d'une part, et les mesures de répression, d'autre part, sont l'un des facteurs à l'origine du débat sur la décriminalisation, l'entretien par la méthadone et l'orientation de la politique en matière de drogues. Il est important de faire à l'avenir un meilleur usage de l'information afin de présenter une analyse plus claire des politiques en matière de drogues et de leurs conséquences possibles.

5.7 Systèmes d'information et types de recherche

Systèmes de surveillance administrative

Les principaux systèmes de surveillance régulière mentionnés par la plupart des villes portent sur les demandes de traitement, les décès liés à la drogue, les cas de SIDA, les arrestations pour infraction à la législation sur les drogues et les saisies de drogues illicites. D'autres systèmes mentionnés par plusieurs villes portent sur les admissions dans les hôpitaux, les cas d'hépatite B, les incarcérations, les prix/degré de pureté, les tests de dépistage du VIH et les urgences liées à la drogue.

La plupart des villes ont, ou sont sur le point de créer, des systèmes de notification des mises en traitement. La nature et la couverture de ces systèmes varient d'une ville à l'autre, mais les projets pilotes et d'innovation portant sur les systèmes de notification des mises en traitement et sur l'indicateur des premières demandes de traitement, mis en oeuvre au sein du Groupe Pompidou, ont favorisé l'introduction d'une plus grande cohérence entre certaines villes. En 1985, les seules villes dotées de systèmes de notification étaient Amsterdam (enregistrement de la méthadone), Londres (notification des toxicomanes aux stupéfiants) et Rome (mises en traitement dans les services spécialisés publics et privés). En France, la demande de traitement était surveillée dans le cadre d'une enquête annuelle réalisée dans les centres de traitement, mais il ne s'agissait pas en l'occurrence d'un système de notification des cas. Depuis lors, des systèmes de notification préservant l'anonymat des personnes ont été mis en place et sont opérationnels à Barcelone, Dublin, Genève et Lisbonne, et sont en cours d'élaboration à Copenhague, Hambourg et Oslo. En outre, un système de notification plus complet a été mis en place à Londres, une collecte de données mieux coordonnée est actuellement organisée à Amsterdam, et des améliorations sont apportées aux systèmes de notification à Paris et Rome.

Presque toutes les villes communiquent régulièrement des données sur les décès liés à la drogue, notamment sur les surdoses. Cette pratique a fait l'objet d'une enquête financée par la CE. Plusieurs villes/pays cherchent actuellement le moyen de collecter des données dans ce domaine, en raison notamment de la hausse de mortalité observée dans quelques pays. Barcelone est la seule ville qui recueille des données sur les urgences non mortelles liées à la drogue. Plusieurs autres villes étudient la possibilité de mettre en place des systèmes de notification fondés soit sur les services d'urgence en milieu hospitalier soit sur les services d'ambulance (Amsterdam, Dublin, Genève, Hambourg, Lisbonne).

Les données de la police relatives aux délits portant sur la drogue (arrestations, personnes inculpées etc.) sont recueillies régulièrement dans presque toutes les villes. Des

difficultés se sont présentées dans certaines d'entre elles, notamment à Amsterdam, où la police a cessé de consigner ce type d'information, et à Barcelone, où il n'y a pas de données municipales, par opposition aux données nationales. Hambourg est la seule ville où la police tient un registre des toxicomanes notoires. Il est difficile d'établir des comparaisons entre les villes en raison des différences sur le plan des structures juridiques et administratives et des définitions. Un sous-groupe du Groupe Pompidou étudie actuellement ce problème.

Tous les pays collectent régulièrement des données sur les quantités de drogues saisies, mais on n'en dispose pas toujours au niveau des villes. On signale moins souvent le nombre de saisies. La plupart des villes communiquent des données sur le prix des drogues, et environ la moitié d'entre elles transmettent des données sur le degré de pureté. Toutefois, les données proviennent de sources et/ou d'études diverses, et rares sont les villes à collecter régulièrement des données selon des critères cohérents. Un sous-groupe étudie aussi cet indicateur en détail.

Tous les pays communiquent des données sur les cas de SIDA en se conformant à la définition standard des CDC, de sorte que ces données sont comparables. La plupart fournissent aussi des données sur les cas d'hépatite B aiguë, mais la majorité des villes considèrent qu'elles ne sont pas un indicateur fiable des tendances de la consommation de drogues par voie intraveineuse.

Recherche épidémiologique

Les résultats d'enquêtes et d'autres études épidémiologiques sont présentés à la section 3.1. Peu de villes (ou de pays) effectuent des enquêtes sur la consommation de drogues au sein de la population globale (Amsterdam, Catalogne, Danemark et Norvège), mais les enquêtes réalisées auprès des jeunes ou en milieu scolaire sont plus courantes. Dans certains cas, ce sont des enquêtes ponctuelles. Dans d'autres (Dublin, Hambourg, Oslo, Stockholm et Catalogne), elles ont été réalisées à des intervalles réguliers au cours des dix dernières années ou plus; cela dit, des enquêtes à répétition, s'inscrivant dans une série planifiée, ont commencé plus récemment à Amsterdam et au Portugal.

Quelques villes font état d'autres études diverses: études ethnographiques sur les usagers de drogues (Amsterdam, Barcelone, Londres, Paris); recherche intensive de cas (Dublin, Londres, Stockholm); études en boule de neige (Amsterdam, Barcelone, Londres, Paris, Rome); enquêtes sur la consommation de drogues dans des groupes de population particuliers tels que les détenus (Barcelone, Copenhague, Dublin, Lisbonne, Londres, Paris) ou les personnes arrêtées (Oslo, Stockholm); études des marchés clandestins (Amsterdam, Copenhague, Londres, Paris); et études sur les comportements à risque des injecteurs de drogue (Amsterdam, Genève, Londres, Paris). Une variété d'autres travaux d'études fournissent des données d'intérêt épidémiologique: évaluations des traitements d'entretien par la méthadone (Amsterdam, Copenhague, Genève, Londres), des échanges de seringues (Amsterdam, Londres, Paris), et des programmes de prévention (Genève, Lisbonne) et études relativement nombreuses auprès des populations en milieu clinique et sur la morbidité et/ou la mortalité liée à la consommation de drogues.

5.8 Tendances actuelles et questions pour l'avenir

Il est difficile d'interpréter la portée des tout récents changements; il faut en effet un certain recul pour distinguer des phénomènes temporaires de tendances plus profondes. Aussi les remarques suivantes n'ont-elles qu'une valeur indicative.

La consommation de drogues et les marchés clandestins

On ne dispose pas d'éléments suffisamment probants pour considérer que l'approvisionnement et les disponibilités des diverses drogues examinées dans le présent rapport tendent à diminuer. Tout au plus peut-on dire sur la base des tendances actuelles que les marchés qui se sont développés au cours des vingt dernières années se maintiendront au moins à leur niveau actuel et risquent fort de gagner encore du terrain. Les prix globalement stables ou en baisse pour de nombreuses drogues dans la plupart des villes indiquent que l'offre demeure suffisante par rapport à la demande, malgré une augmentation des saisies. Il peut s'agir d'exceptions locales ou temporaires à cette généralisation. D'une manière générale, le contexte politique et économique propre aux régions productrices de drogues dans le monde, l'énorme potentiel de production (légale et illégale) de substances psychotropes en Europe, le simple volume du commerce international et des voyages, et les écarts entre les coûts de production, les prix de gros et les prix au détail ne permettent guère d'entrevoir une réduction de l'offre dans un avenir proche.

Dans de nombreuses villes, le cannabis reste très probablement la drogue la plus répandue sur le marché. Cela dit, la tendance actuelle de la consommation semble plutôt stable, voire en régression par rapport au début des années 70, même si selon certaines sources d'information cette drogue a récemment gagné du terrain.

Le marché de l'héroïne reste actif dans la majorité des villes et semble reprendre du terrain dans certaines d'entre elles, après une période d'apparente accalmie. Bien que les médias de nombreuses villes s'intéressent désormais moins à l'héroïne qu'à la cocaïne ou à l'ecstasy, il est probable que l'héroïne restera la drogue primaire associée aux demandes de traitement, aux décès et aux complications organiques liées à l'injection de drogue, telle l'infection par le VIH. On observe dans de nombreuses villes un certain vieillissement des toxicomanes connus. Cependant, dans plusieurs villes, l'incidence de nouveaux cas d'héroïnomanie semble se maintenir au même niveau et affecter de nouveaux sous-groupes de population, y compris des groupes d'immigrés et leurs enfants. S'il est vrai que la prévalence semble accuser un lent fléchissement dans certaines villes, il est probable que dans d'autres elle aura plutôt tendance à progresser qu'à diminuer dans l'avenir proche.

Dans certaines villes nordiques, le marché clandestin des amphétamines a montré des signes d'expansion depuis le milieu ou la fin des années 80. Cela tient à une certaine avancée des drogues dites "designer" telles que la MDMA (ecstasy), mais la taille de ce marché est difficile à évaluer. Certaines villes signalent aussi du LSD, mais pas autant que dans les années 70.

Le marché de la cocaïne s'est développé depuis le milieu des années 80, mais la prévalence de la consommation, du moins au sein de la population globale, est faible et ne semble pas évoluer beaucoup, pour autant que les données disponibles permettent d'en juger. On observe une augmentation de la consommation dans des sous-groupes de certaines villes (héroïnomanes, milieux menant une vie nocturne et certains groupes professionnels) et, plus

rarement, de l'usage à forte dose de cocaïne en tant que drogue primaire, y compris le "crack", dans certains quartiers socialement défavorisés du centre d'un petit nombre de villes. Les tendances actuelles donnent à penser que l'"épidémie" annoncée, loin d'être généralisée, risque tout au plus de se déclarer dans des zones localisées.

On rapporte que la consommation de diverses substances légales, y compris les inhalants volatils et notamment une série de substances médicales psychotropes telles que les tranquillisants, les agonistes et antiagonistes des stupéfiants et d'autres analgésiques, parfois en association avec l'alcool ou d'autres drogues, augmente dans plusieurs villes; toutefois, les données disponibles ne permettent pas d'évaluer les tendances avec précision.

Questions pour l'avenir

La proportion des usagers de drogues par voie IV qui sont séropositifs (VIH) varie beaucoup. Dans la plupart des villes, les récentes tendances semblent assez stables, et parfois en régression. Cependant, les cas de SIDA liés à la drogue continuent de se multiplier à mesure que les sujets déjà contaminés développent la maladie. Il y a donc deux préoccupations pour l'avenir. La première porte sur la nécessité de poursuivre les efforts pour encourager et favoriser des comportements moins risqués. Plusieurs villes ont fourni des éléments attestant des changements significatifs dans le comportement à risque des injecteurs et confirmant le rôle que peut jouer une démarche "pluraliste" de réduction des risques pour endiguer la propagation de l'infection par le VIH. La seconde porte sur les exigences croissantes que les personnes contaminées par le VIH et présentant des problèmes liés au SIDA adresseront aux services.

Divers développements sociaux et économiques peuvent influencer sur la consommation de drogue et les marchés de la drogue dans les années à venir. Ce sont notamment le chômage croissant, la récession économique, l'évolution démographique, les nouveaux schémas de migration et d'immigration, les profils changeants de l'emploi dans l'industrie, l'agriculture et le secteur des services, les mutations dans le mode de vie urbain, y compris les innovations dans le domaine des loisirs, et les transformations rapides en Europe orientale et dans d'autres parties du monde.

Plusieurs groupes de population peuvent être particulièrement vulnérables dans ce contexte de changement: les jeunes qui grandissent dans des communautés socialement et économiquement défavorisées, les groupes d'immigrés et les minorités ethniques connaissant une situation de marginalité et de précarité économique, les jeunes qui quittent les régions où l'agriculture ou l'industrie est en crise, et peut-être aussi des groupes de jeunes à plus large spectre social - notamment dans certains pays d'Europe centrale et orientale -, qui ont du mal à s'adapter ou dont les familles ne parviennent à s'habituer au stress engendré par le bouleversement social ou des difficultés économiques imprévues.

Ces perspectives posent une série de questions complexes. Elles supposent, comme on l'admet parfois, que la prévention et d'autres interventions ne peuvent se situer uniquement au niveau de l'individu, de la famille ou de l'école, mais qu'elles doivent s'inscrire dans le contexte global de l'orientation du développement social et urbain. Il convient en particulier d'examiner d'une manière plus approfondie et plus sensible les questions que soulèvent la consommation et le trafic de drogues, l'immigration, les minorités ethniques et le racisme.

La conclusion selon laquelle les marchés clandestins et les disponibilités de drogues ne risquent guère de diminuer, suscite une interrogation importante concernant la prévention, y compris la prévention secondaire, et le rôle de la répression, notamment au niveau de l'utilisateur et de l'utilisateur-revendeur. Les oppositions, évoquées plus haut, entre les deux grandes tendances concernant la politique à suivre dans ce domaine, à savoir une diversification des mesures en matière d'éducation, de réduction des risques et de traitement, d'une part, et l'intensification des activités de police, de l'autre, font bien ressortir ce problème. C'est aussi un aspect qui exige une analyse rigoureuse.

En conclusion, le présent rapport a tenté de faire un tour d'horizon comparatif des treize derniers rapports de villes. Il est toutefois difficile d'établir des comparaisons fiables. Les progrès sont lents et il reste beaucoup à faire en matière de comparabilité, non seulement au sens strictement technique du terme, mais aussi au sens plus large de l'élaboration d'un cadre théorique cohérent qui permette de faire des comparaisons "*parlantes*" entre les profils de consommation de drogues, entre les politiques mises en oeuvre dans ce domaine et entre les effets des différents modes d'intervention.

ANNEXE I

PARTICIPANTS

- Amsterdam: Dr. Peter Cohen
Universiteit van Amsterdam
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen
Vakgroep Sociale Geografie
Nieuwe Prinsengracht 130, NL - 1018 VZ AMSTERDAM
- Barcelone: M. Josep Roca Antonio *
Mme. Maria Teresa Brugal
Institut Municipal de Salut
Pl. Lesseps 1, ESP - 08023 BARCELONA
* maintenant à la "Unidad de Epidemiologia",
Municipalidad de Badalona, Catalunya
- Copenhague: Mme. Elisa Dall
Social og sundhedsforvaltningen i Kobenhavn
Behandlingsinstitutionen for Stofmisbrugere
(Centre municipal de traitement des toxicomanies de Copenhague)
Ingerslevsgade 4-1, DK - 1705 COPENHAGUE
- Dublin: Mme. Aileen O'Hare
The Health Research Board
73 Lower Baggot St, IRL - DUBLIN 2
- Genève: Mme. Huguette McCluskey-Cavin
M. Michel Bourquin
Médecin cantonal adjoint, Institut d'Hygiène
8 bis avenue des Communes-Réunies, CH - 1212 GRAND-LANCY GE
- Hambourg: M. Kurt-Jürgen Lange
Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Hamburger Str. 47, D - 2000 HAMBOURG
- Helsinki: M. Osmo Kontula
Département de Santé Publique
Haartmaninkatu 3, SF - 00290 HELSINKI
- Lisbonne: Dr. Luisa Machado Rodrigues
Mme. Carla Antunes
Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga
(GPCCD)
1 Rua de Alcolena, P - 1400 LISBOA

Londres: M. Richard Hartnoll *
M. Janaka Perera **
Mme. Aileen Gorman ***
Drug Indicators Project
Birkbeck College, University of London
16 Gower St, GB - LONDON WC1
* maintenant à "Institut Municipal d'Investigació Mèdica", Barcelona
** maintenant au "Centre for Research on Drugs and Health Behaviour", London
*** maintenant au "Goldsmith's College", London

Oslo: Mme. Astrid Skretting
National Institute for Alcohol and Drug Research
Dannevigsvæien 10, N - 0463 OSLO 4

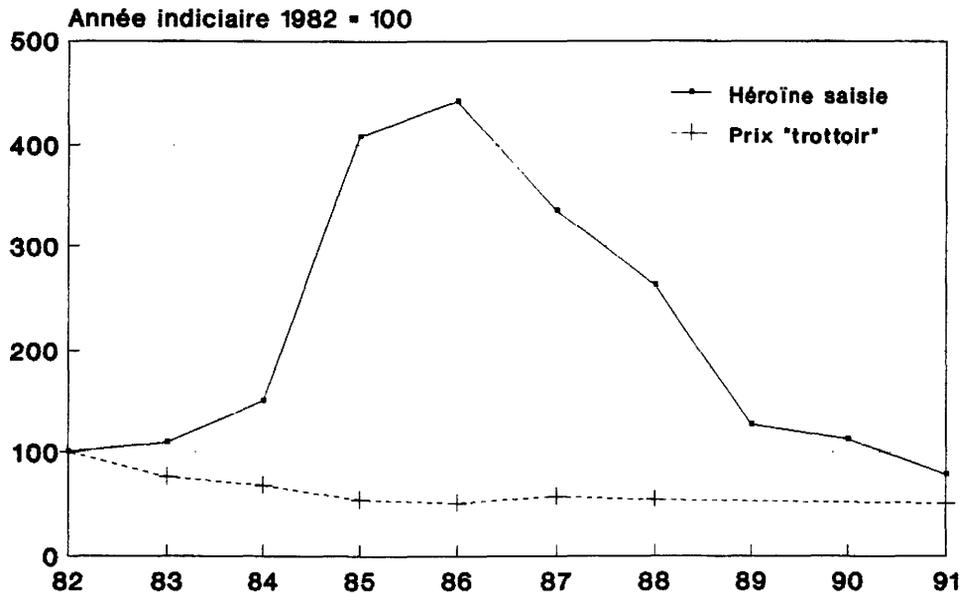
Paris: M. Mohamed Toussirt *
Dr. Françoise Facy **
Dr. Rodolphe Ingold *
* Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP), 45
rue des Saint Pères, F - 75006 PARIS
** Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 44 Chemin
de Ronde, F - 78110 LE VESINET

Rome: Dr. Teodora Macchia
A. Dell'Utri
R. Mancinelli
Dr. Ustik Avico
Istituto Superiore di Sanita
Viale Regina Elena 299, I - 00161 ROMA

Stockholm: M. Börje Olsson
Centralfoerbundet for Alkohol och Narkotikauppllysing (CAN)
(Centre d' information sur l'alcool et autres drogues)
Box 27302, S - 10254 STOCKHOLM

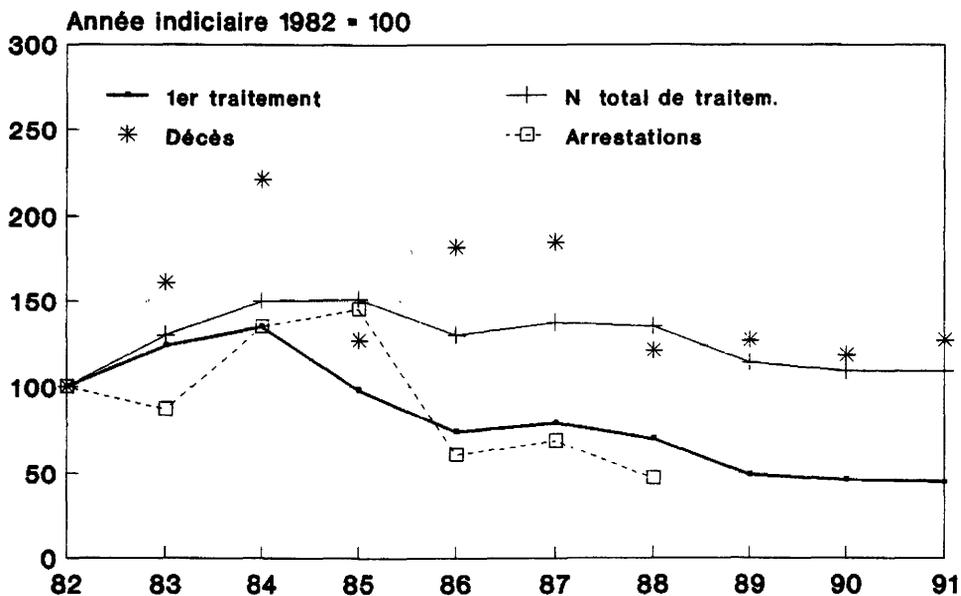
ANNEXE II

Indicateurs du marché d'héroïne Amsterdam



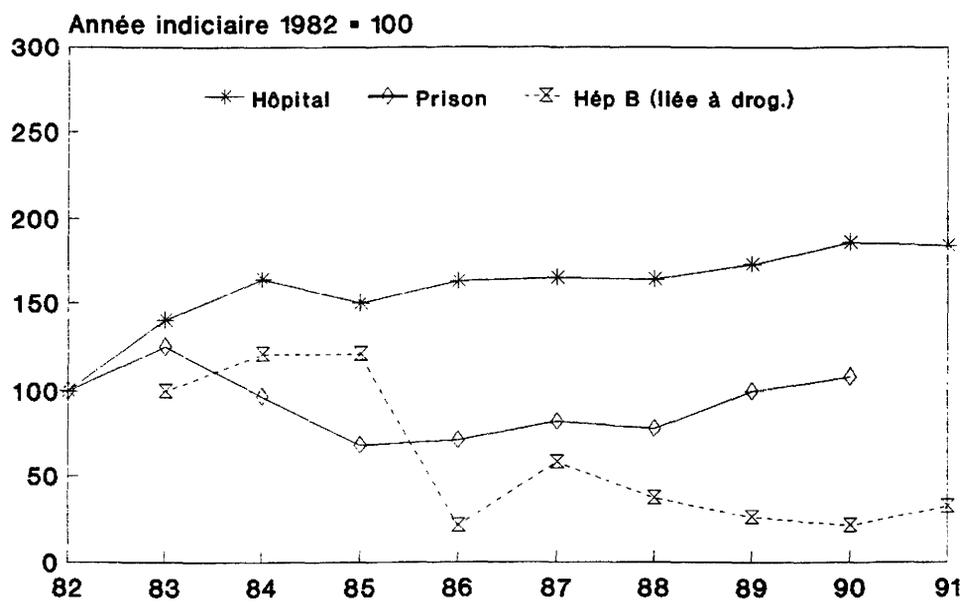
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande d'opiacés Amsterdam



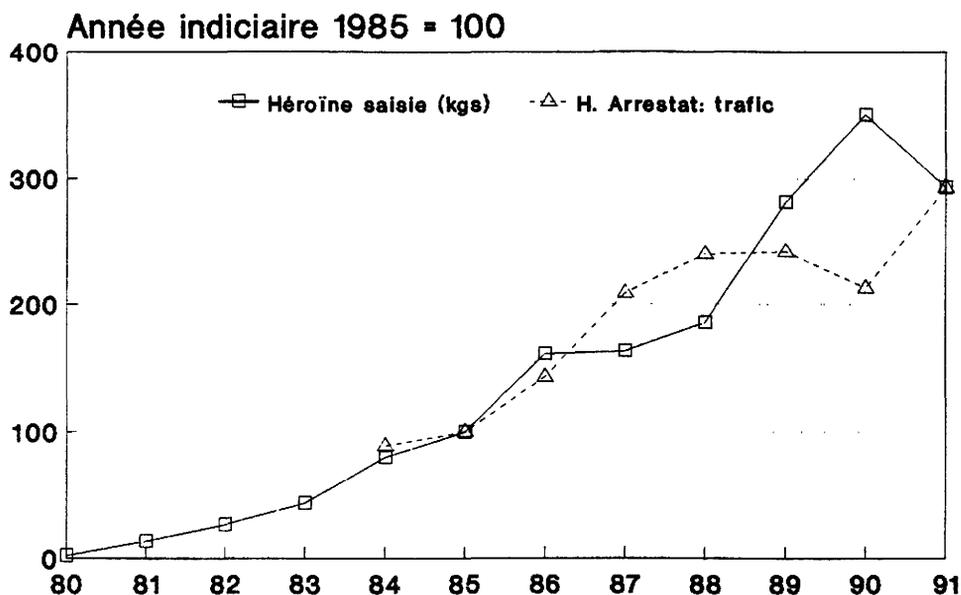
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Autres indicateurs Amsterdam



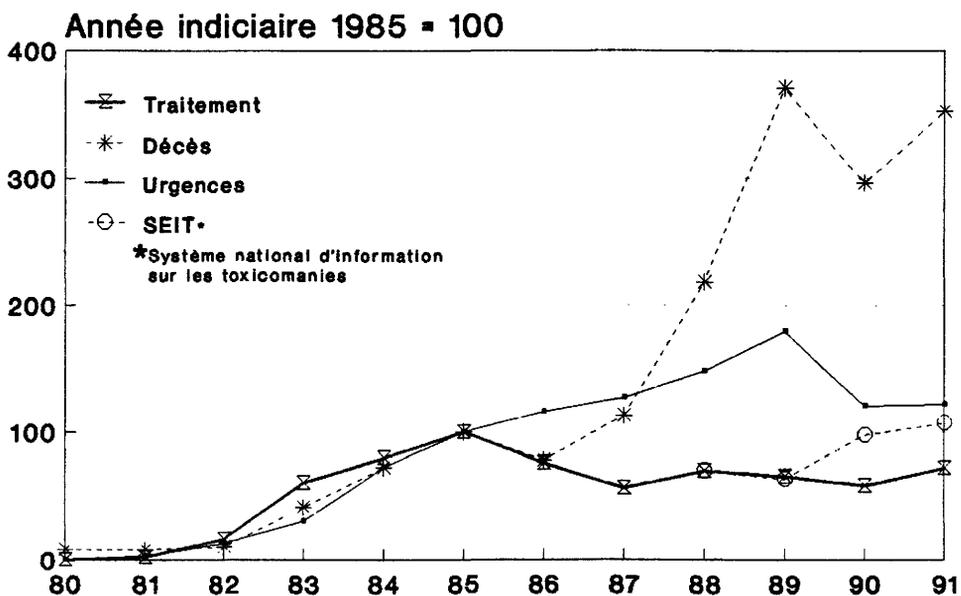
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'héroïne Espagne



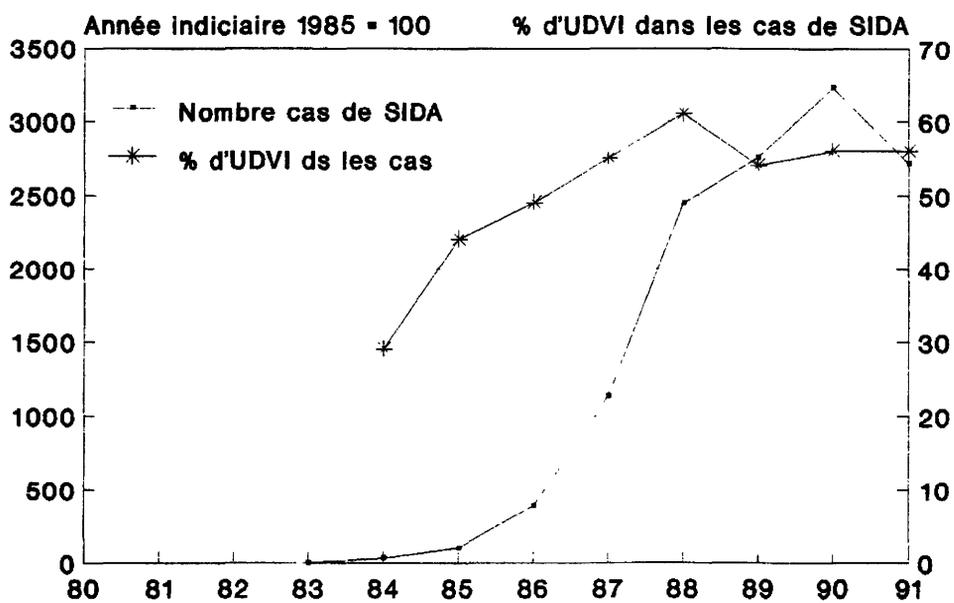
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande d'opiacés Barcelone



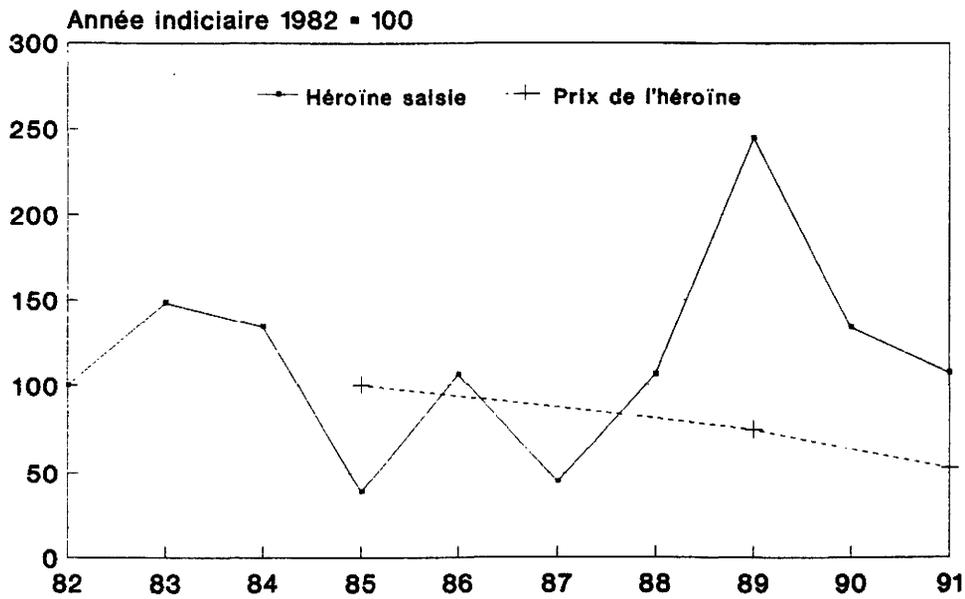
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du SIDA Barcelone



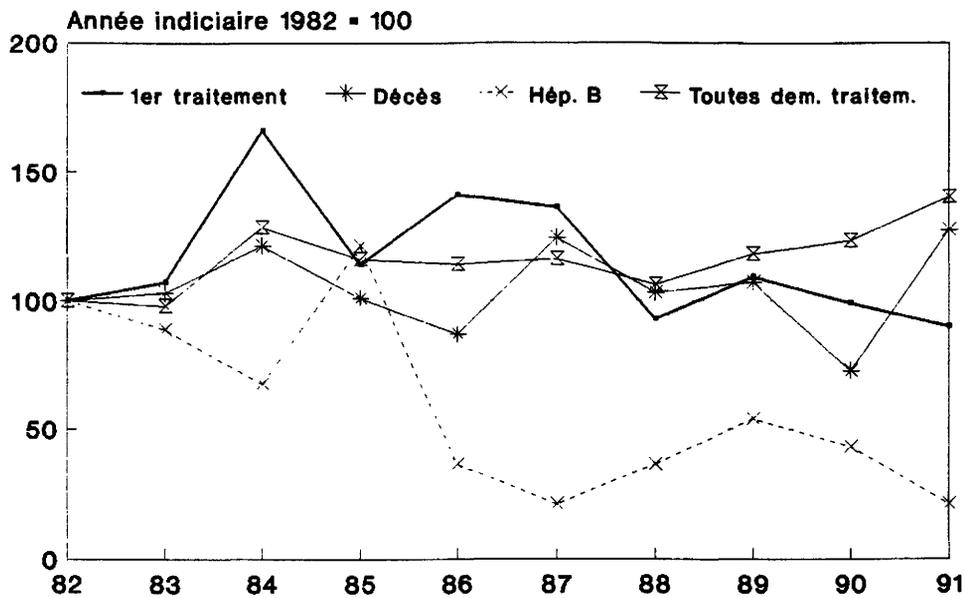
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'héroïne Copenhague



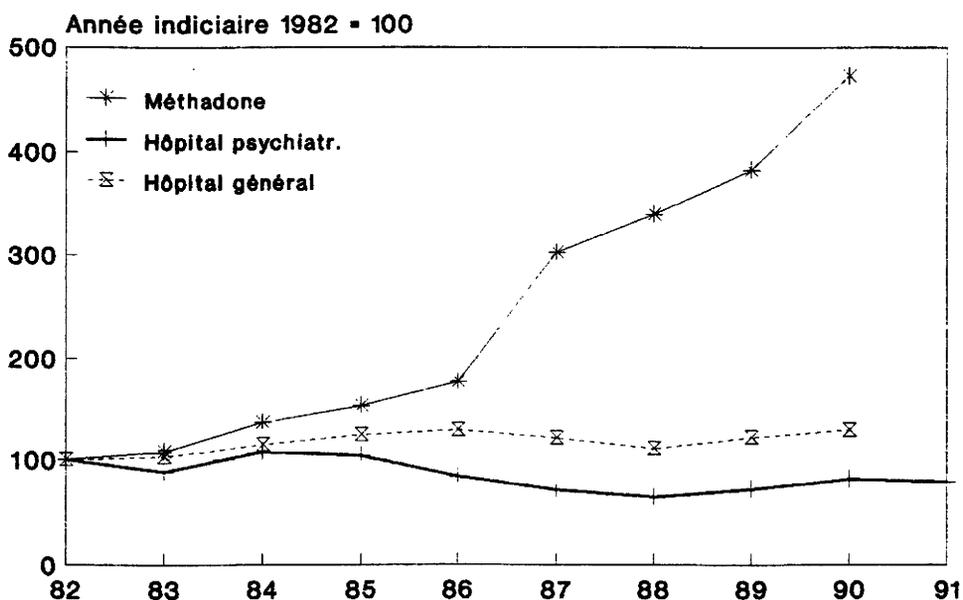
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande d'opiacés Copenhague



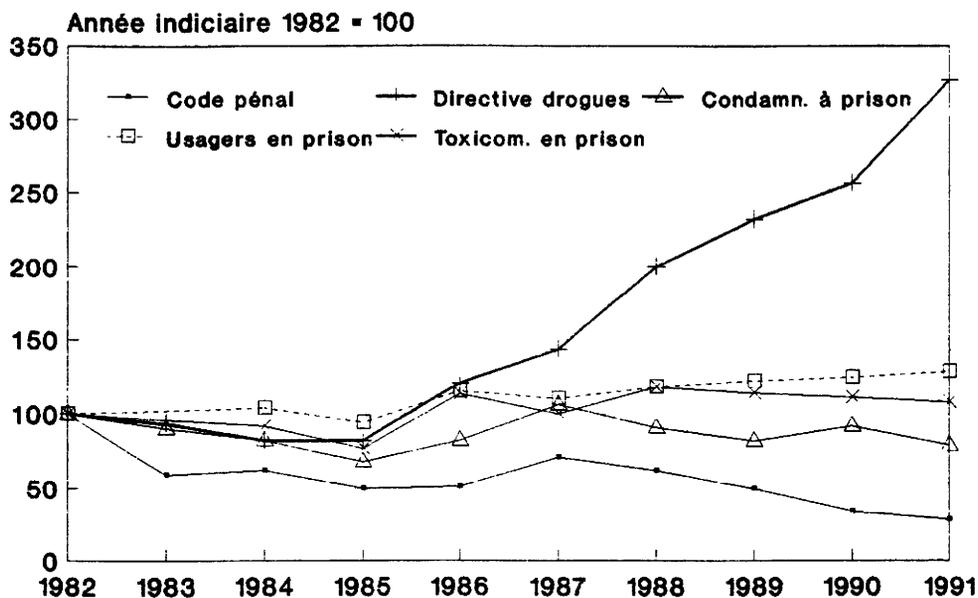
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Autres Indicateurs Copenhague



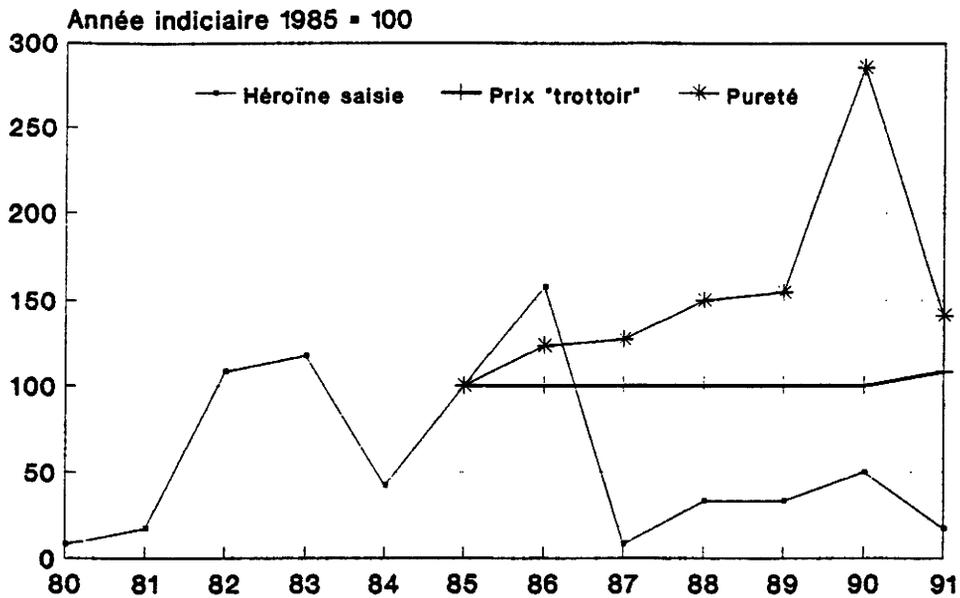
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs pénaux (toutes drogues) Copenhague



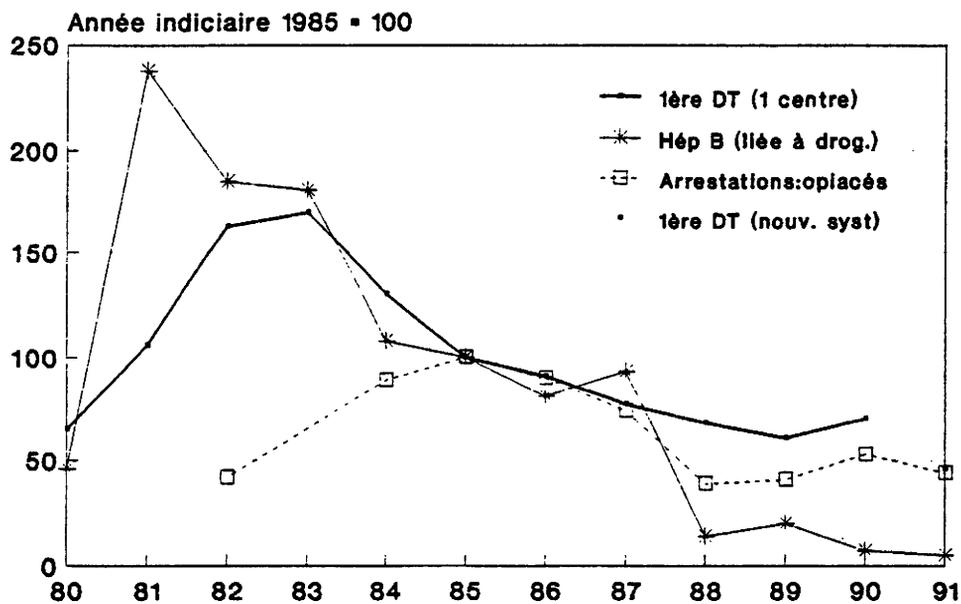
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'héroïne Dublin



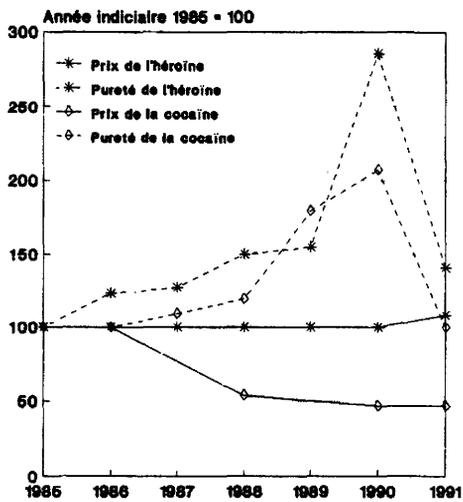
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande d'opiacés Dublin



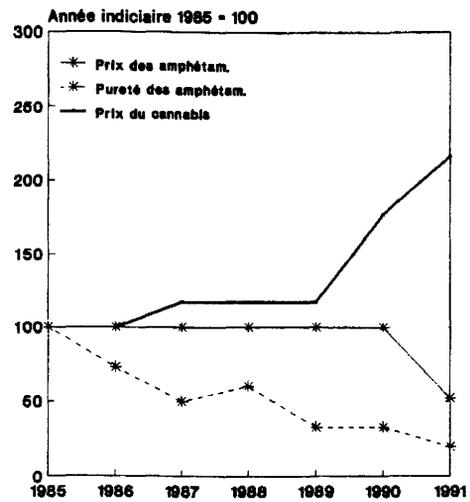
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Prix/pureté (héroïne & cocaïne)
Dublin**



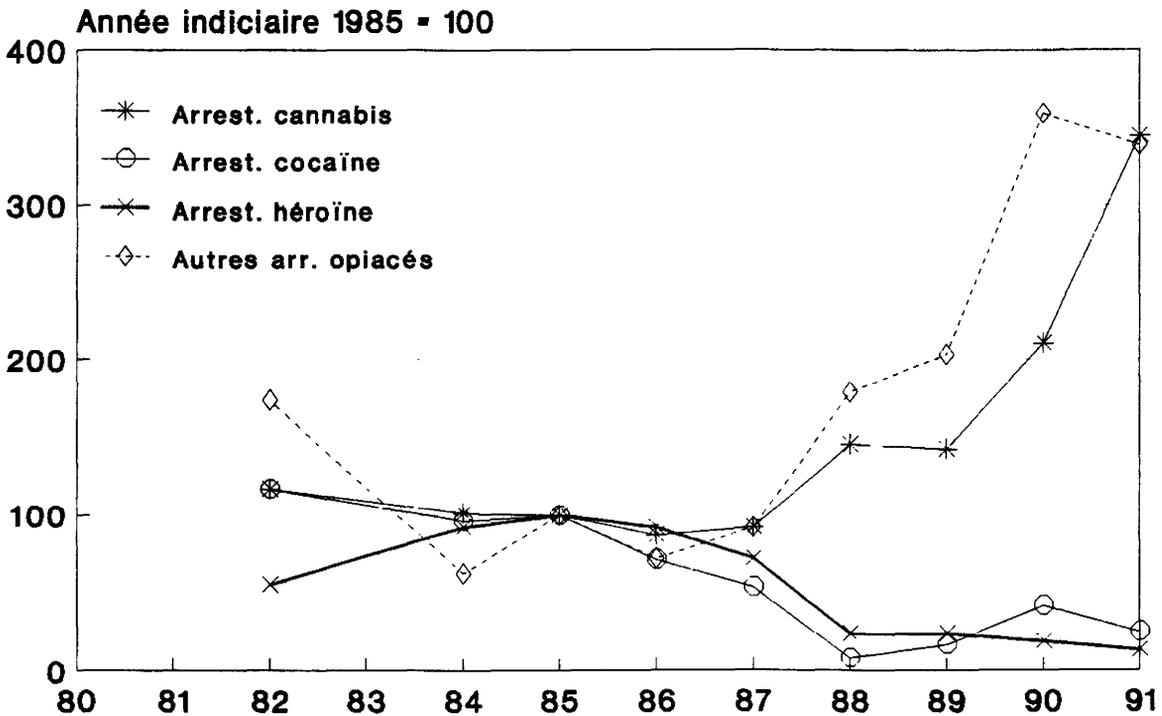
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Prix/pureté (amphétamine & cannabis)
Dublin**



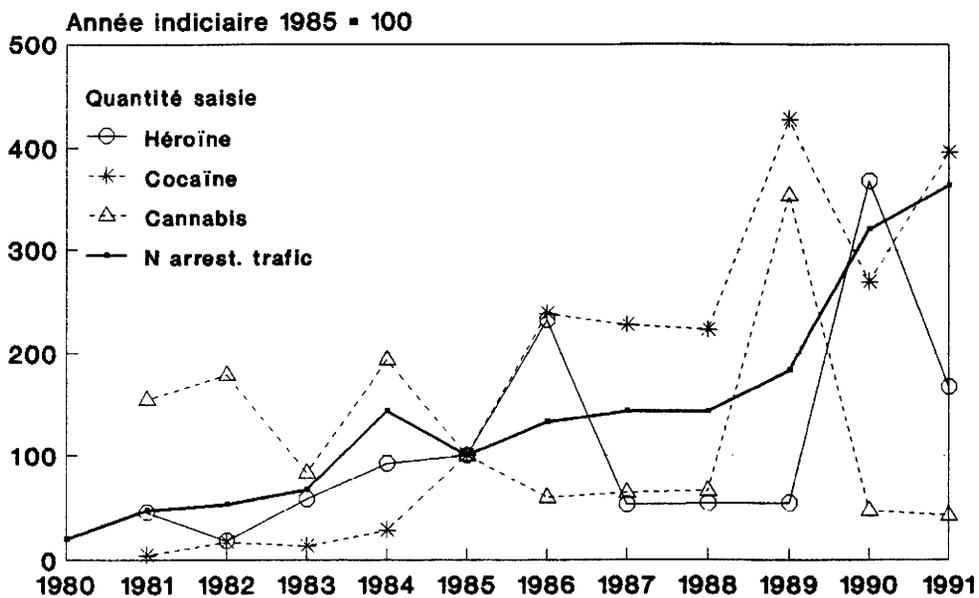
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Indicateurs des arrestations
Dublin**



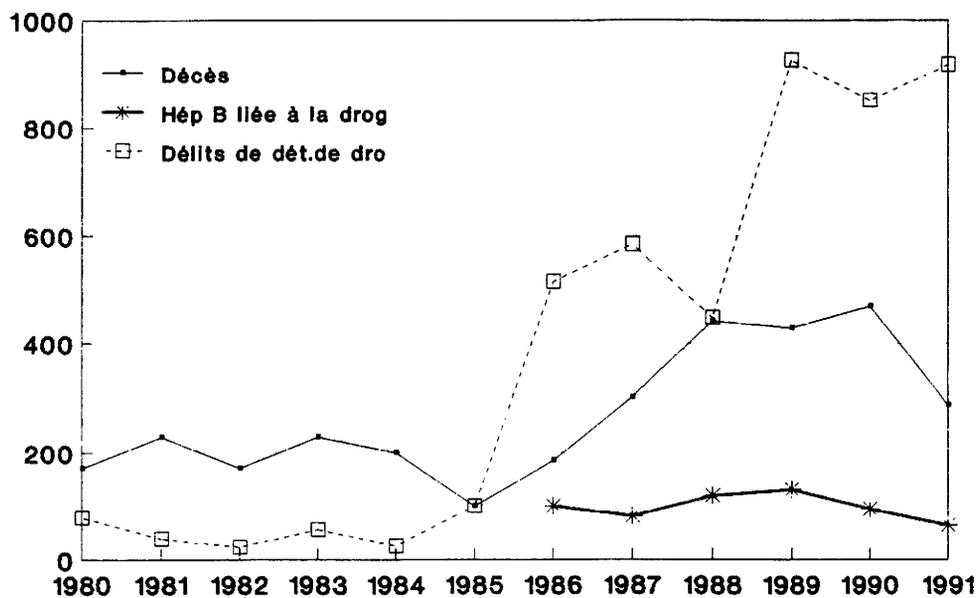
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché de drogues Genève



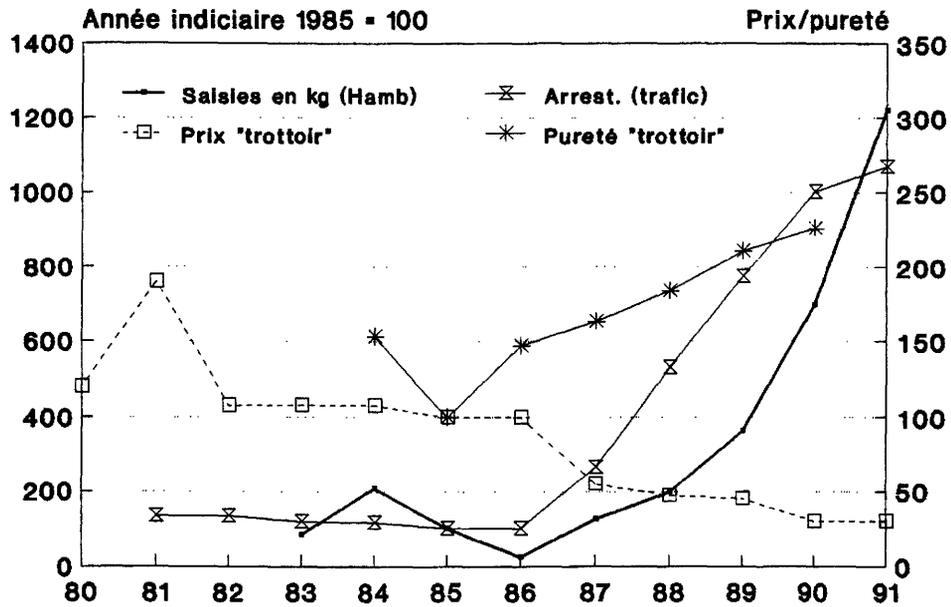
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande Genève



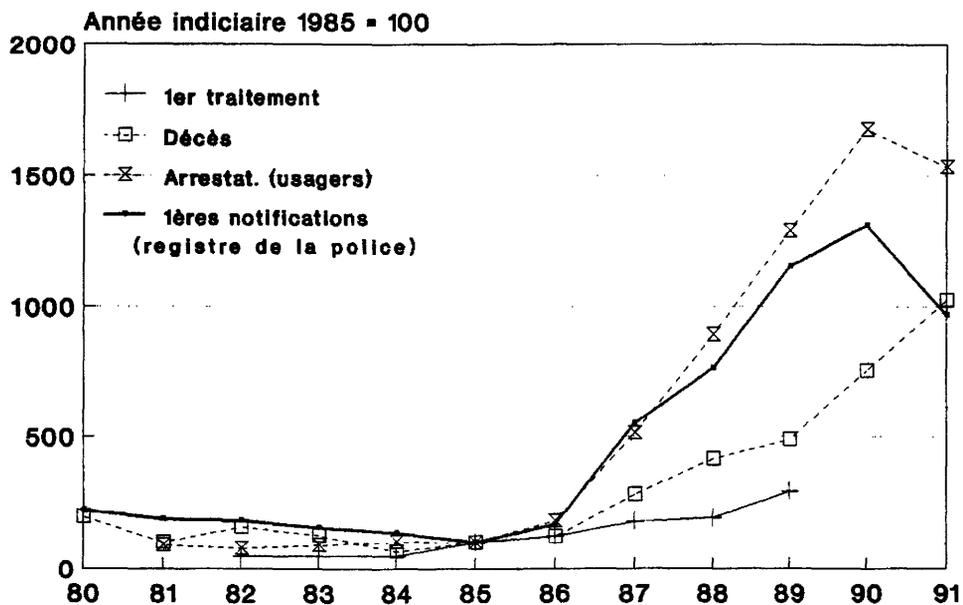
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'héroïne Hambourg



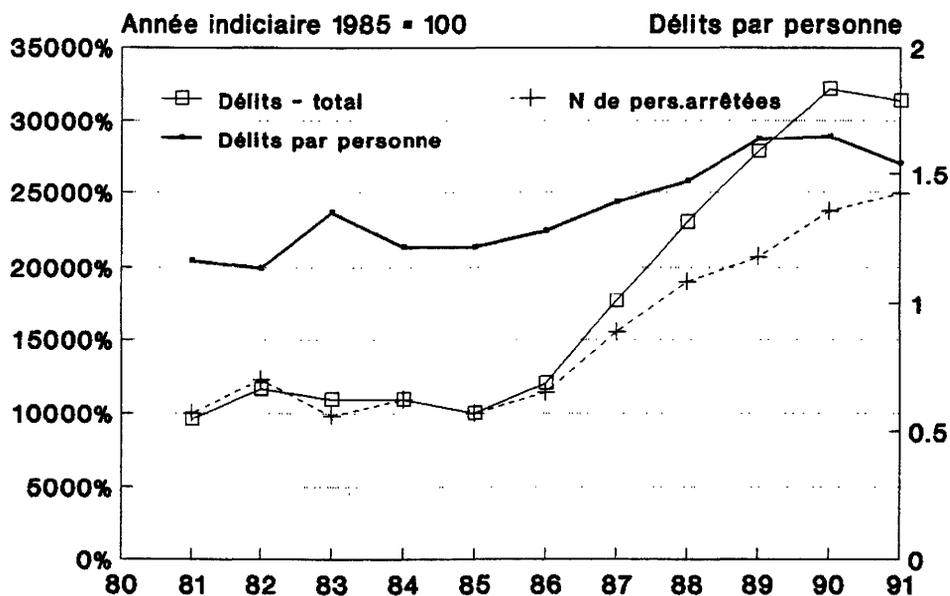
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande d'héroïne Hambourg



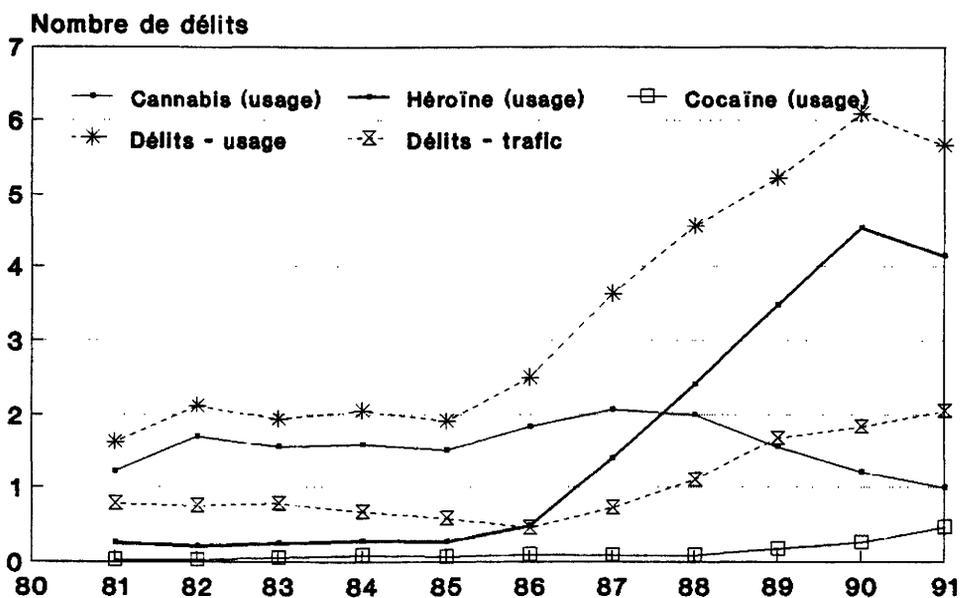
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs d'après les arrestations Hambourg



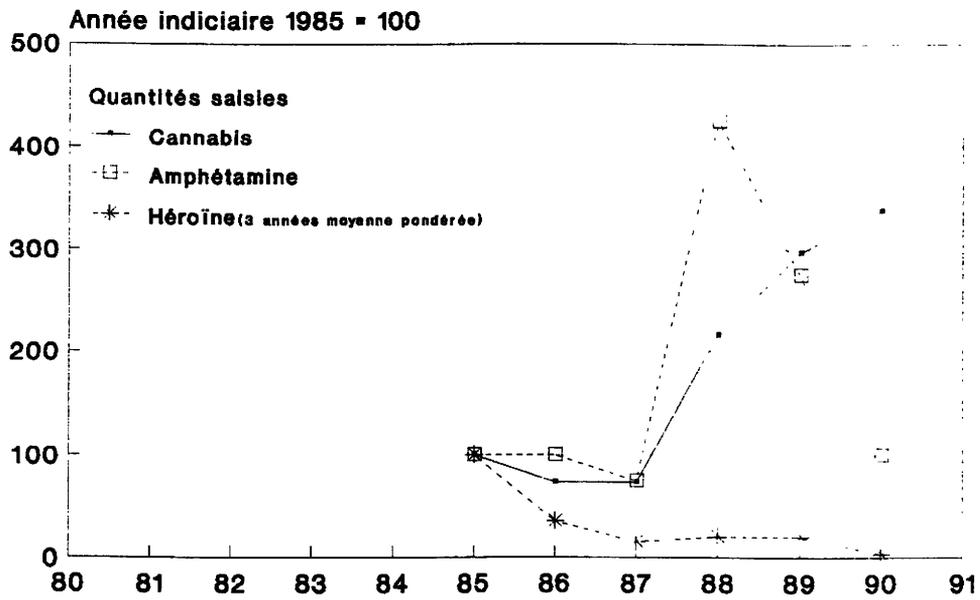
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Délits liés à la drogue Hambourg



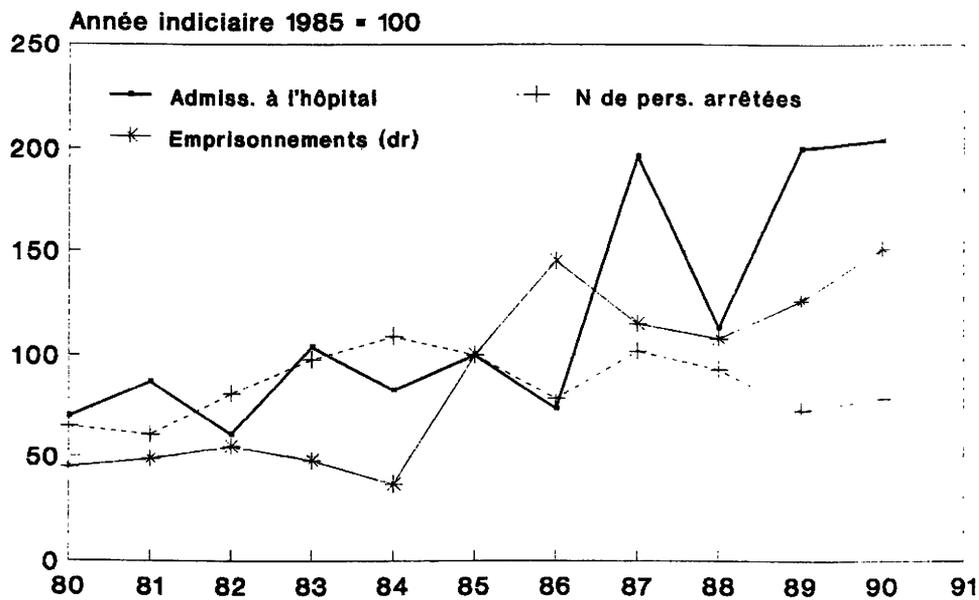
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché de drogues Helsinki



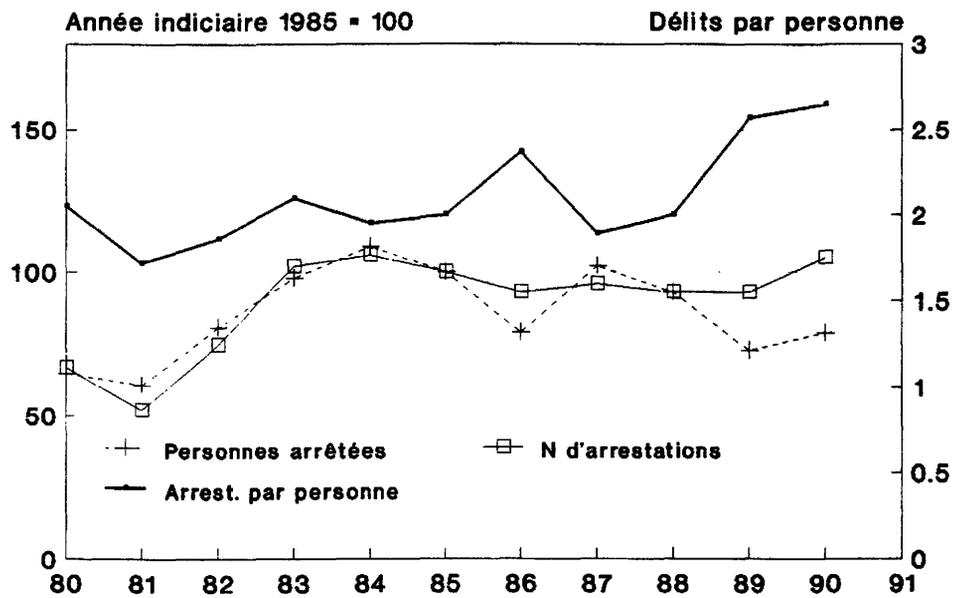
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande Helsinki



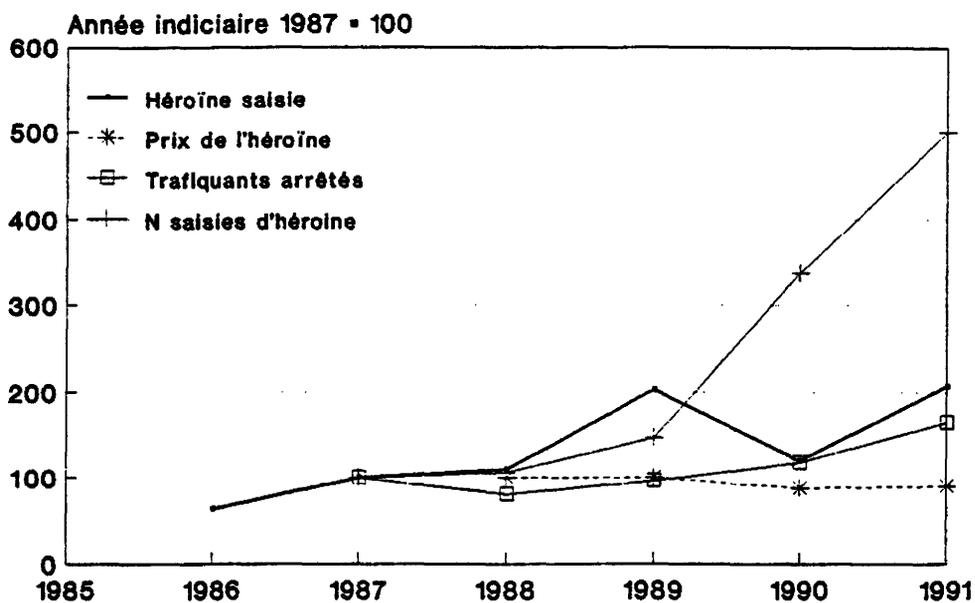
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs d'après les arrestations Helsinki



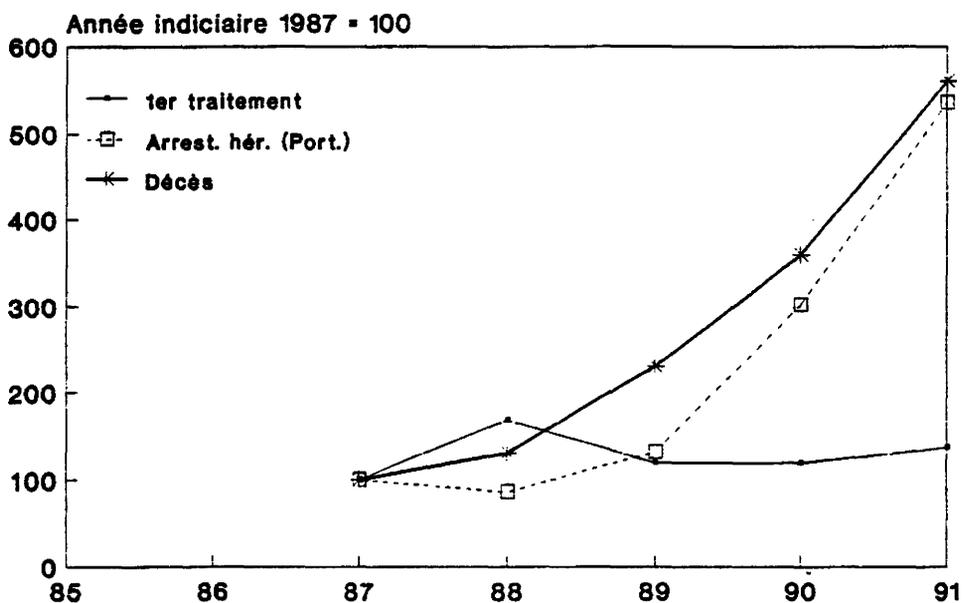
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché Portugal



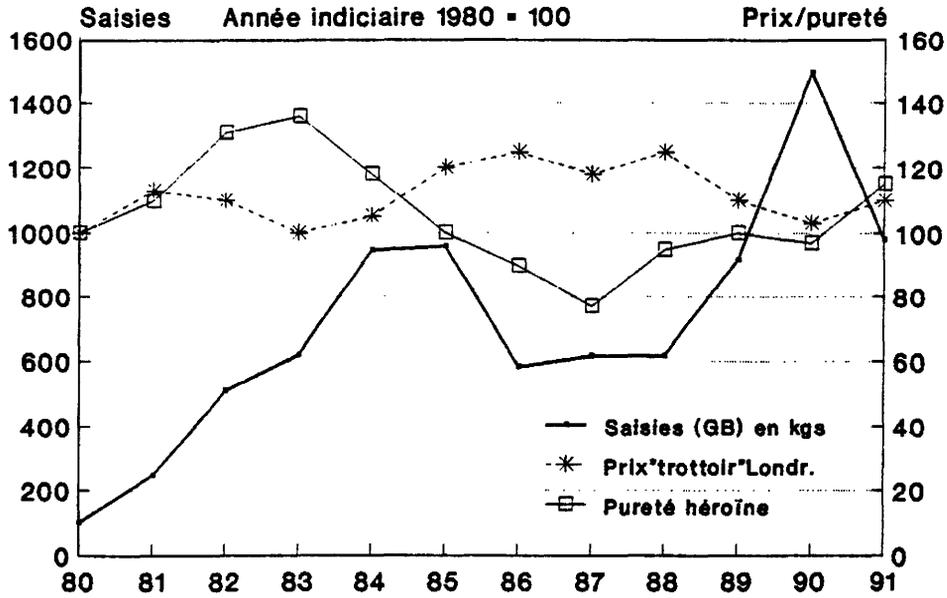
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande Lisbonne



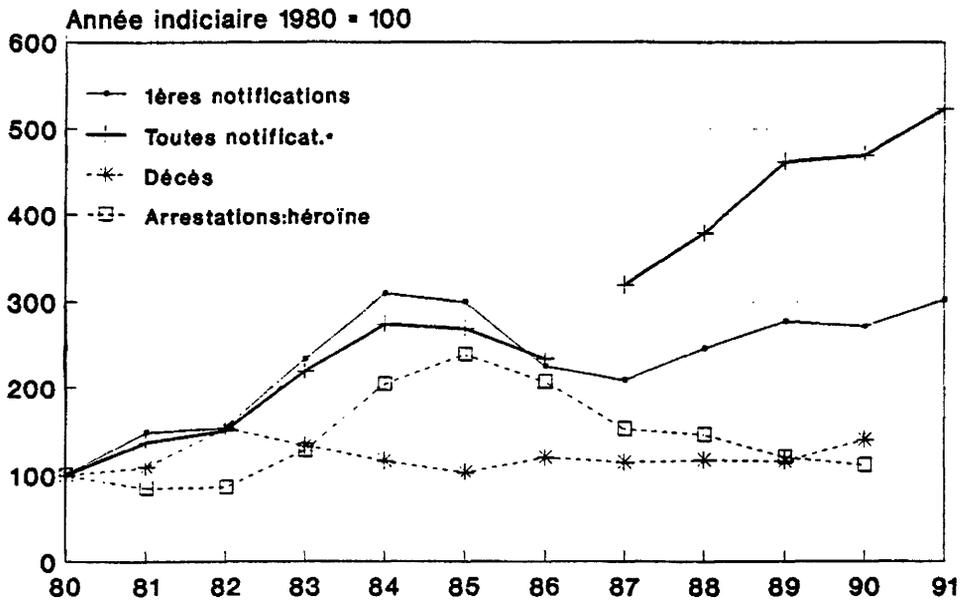
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'héroïne Londres



Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

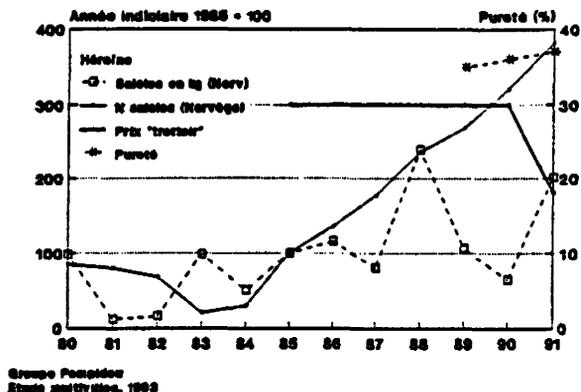
Indicateurs de la demande d'opiacés Londres



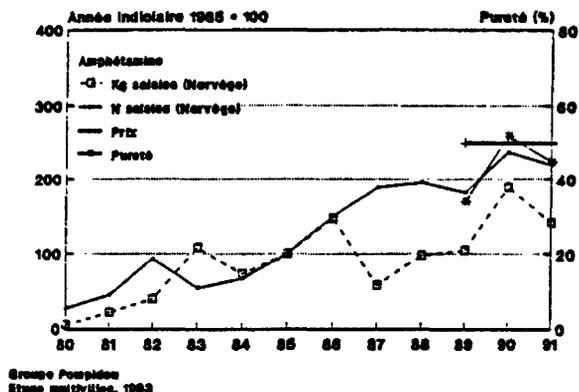
méthode de notification changée en 1987

Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

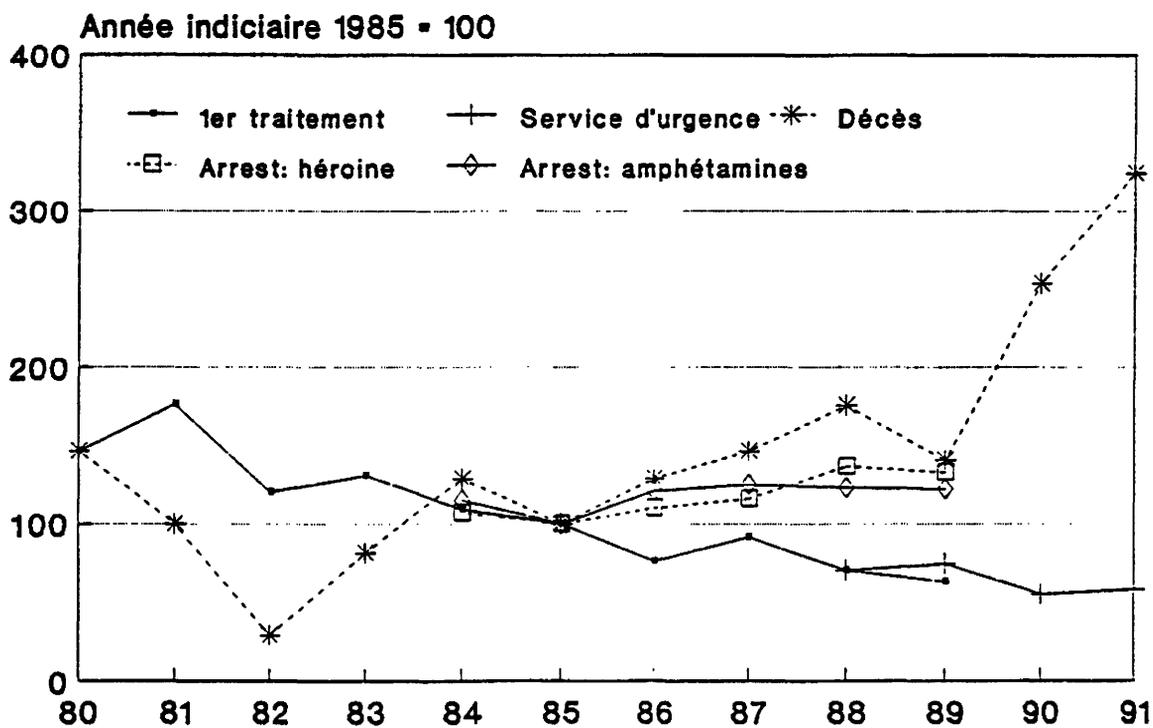
Indicateurs du marché d'héroïne Oslo



Indicateurs du marché d'amphétamine Oslo

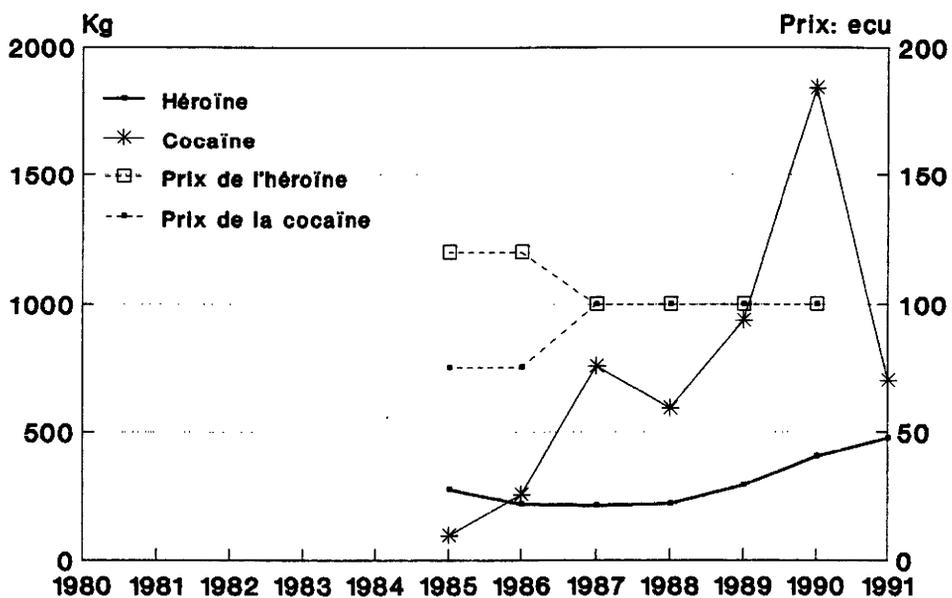


Indicateurs de la demande Oslo



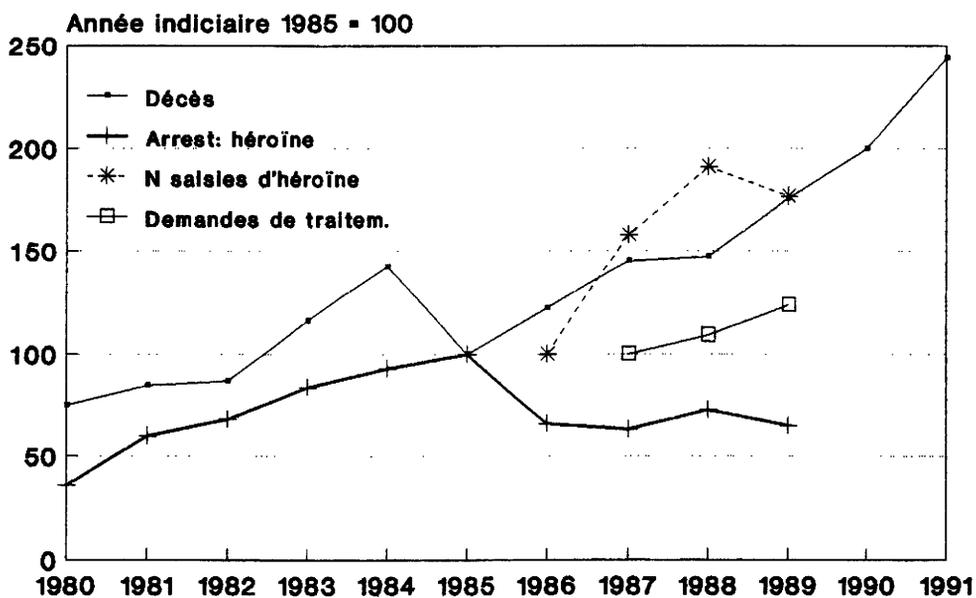
Grande Pompidou
Etude multivilles, 1993

Quantités d'héroïne et cocaïne saisies France



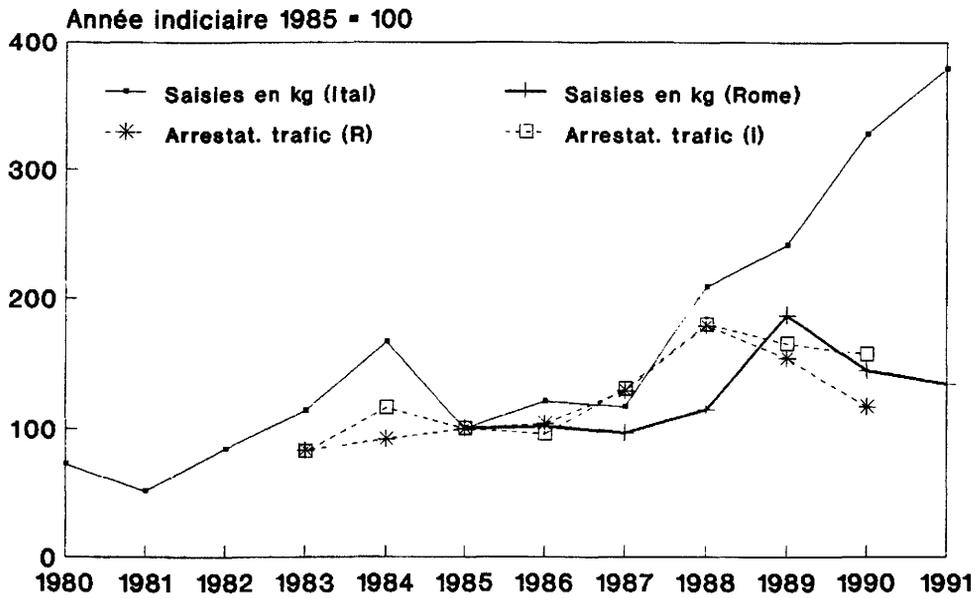
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Autres indicateurs Paris



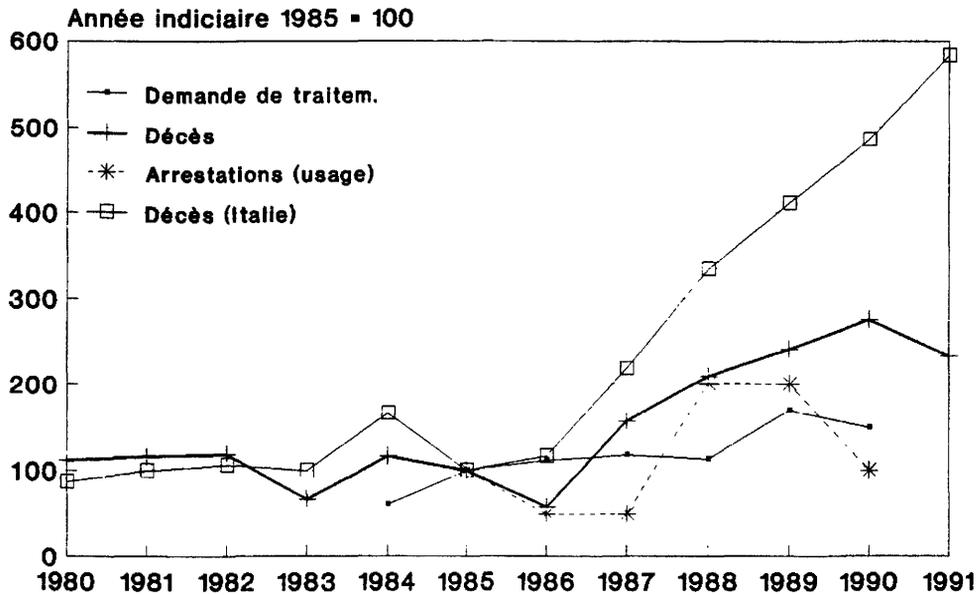
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'héroïne Rome et Italie



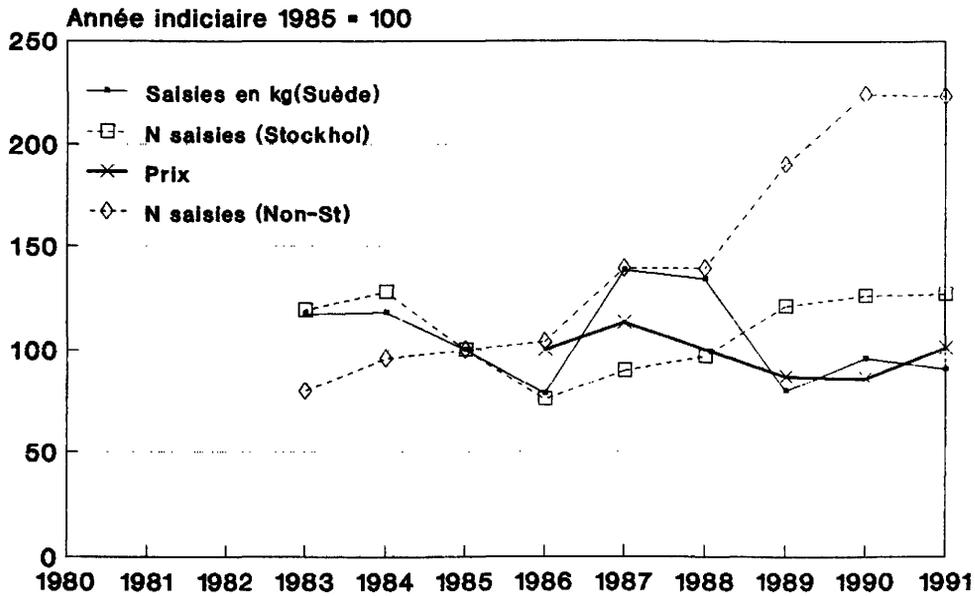
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs de la demande d'opiacés Rome



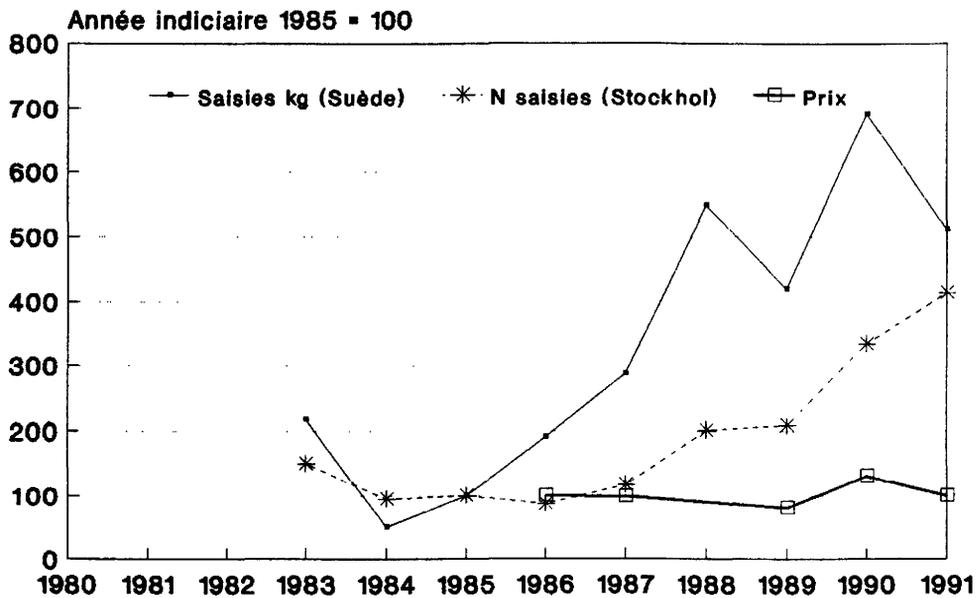
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'amphétamines Stockholm



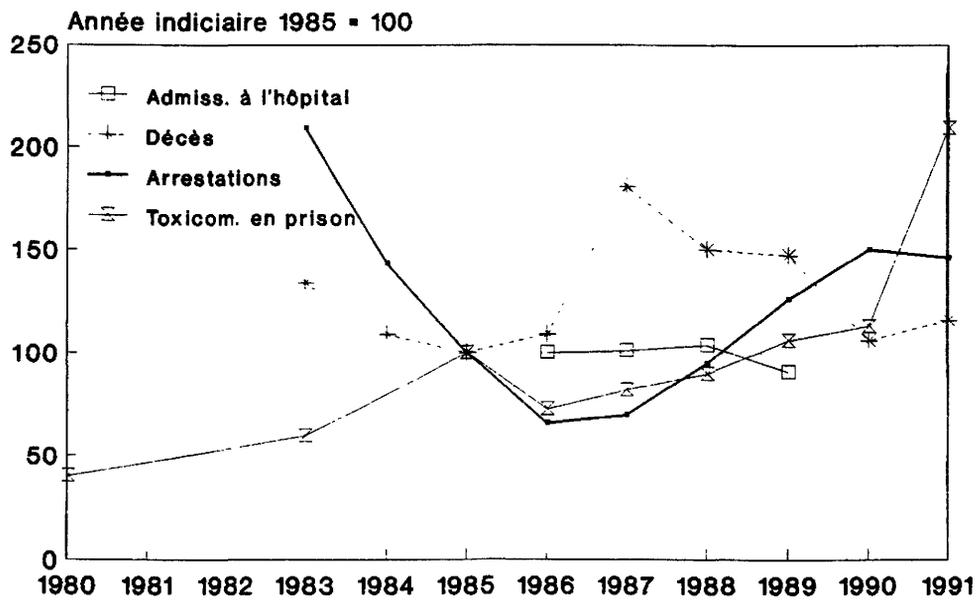
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Indicateurs du marché d'héroïne Stockholm



Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Autres indicateurs Stockholm



Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

ANNEXE III

DONNEES DES INDICATEURS (Tableaux)

ANNEXE III

TABLEAUX

(Par indicateur, Par ville)

Tableau 1	Données démographiques
Tableau 2	Prévalence de l'usage de drogues dans l'ensemble de la population
Tableau 3	Prévalence sur la vie du cannabis dans les populations jeunes
Tableau 4	Première et toutes demandes de traitement confondues
Tableau 5	Admissions hospitalières
Tableau 6	Hépatite B
Tableau 7	Cas de SIDA
Tableau 8	Seroprévalence du VIH
Tableau 9	Décès liés à la drogue
Tableau 10	Arrestations (toutes drogues confondues)
Tableau 11	Arrestations (par drogue)
Tableau 12	Emprisonnement (auteurs d'infractions à la législation sur les drogues condamnés à la prison)
Tableau 13	Emprisonnement (toxicomanes au sein de la population carcérale)
Tableau 14	Saisies de drogues illicites (quantités en kgs.)
Tableau 15	Saisies de drogues illicites (nombre de saisies)
Tableau 16	Prix des drogues dans la rue/"Prix Trottoir"
Tableau 17	Pureté des drogues dans la rue
Tableau 18	Autres indicateurs

- Notes:**
- (1) # indique les changements dans la façon de recueillir ou d'entregistrer les données. Pour les détails voir chaque rapport de ville individuellement. () indique que le chiffre est la projection d'une donnée concernant une partie de l'année.
 - (2) Lorsque les données sur les villes ne sont pas disponibles, on fournit quelquefois des données nationales si elles sont disponibles et si cela semble approprié.
 - (3) Les taux par population ne sont souvent pas indiqués et doivent être révisés dans certains cas.
Le taux pour la "population totale" = taux pour 100.000 (tous âges).

Tableau 1: DONNEES DEMOGRAPHIQUES

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Ville d'Amsterdam</u>	Total				676.524					691.837		695.221	702.731
	15-39				295.894					313.944		313.696	317.788
<u>Ville de Barcelone</u>	Total	1.770.296								1.734.501			
	15-39									630.565			
<u>Municipalité de Copenhague</u>	Total		493.771										464.773
	15-39		173.073										200.817
<u>Agglomération de Dublin</u>	Total		915.115					920.956					
	15-39		373.756					386.643					
<u>Genève</u>	Total	349.760					370.310						383.600
	15-39												
<u>Ville de Hambourg</u>	Total			1.694.307						1.626.220			
	15-39			586.345						590.560			
<u>Ville d'Helsinki</u>	Total											492.499	
	15-39											191.602	
<u>Agglomération de Lisbonne</u>	Total		1.848.571										
	15-39		692.581										

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Agglomération de Londres</u>	Total	6.887.600					6.767.365					6.795.135	
	15-39	2.584.700					2.667.703					2.605.137	
<u>Ville d'Oslo</u>	Total											458.364	
	15-39											180.382	
<u>Ville de Paris</u>	Total			2.188.960								2.152.329	
	15-39											880.516	
Agglomération	Total			6.000.000								6.140.602	
Région	Total			10.000.000									
<u>Rome, province</u>	Total		3.695.961				3.700.000					3.800.000	
	15-39		1.365.683										
Région (Latium)	Total		5.000.000										
	15-39		1.700.000										
Ville (Municipalité)	Total		2.800.000				2.800.000					2.800.000	
	15-39		1.000.000										
<u>Agglomération de Stockholm</u>	Total			1.544.454							1.629.631		
	15-39			605.061							605.000		
Ville de Stockholm	Total			649.686							672.187		
	15-39			240.794							248.000		

TABLEAU 2: PREVALENCE DE L'USAGE DE DROGUES DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

Attention! Ces données ne sont pas directement comparables (voir chapitre 3.1.)

	<u>sur la vie</u>		<u>12 derniers mois</u>	
	toute drogue	cannabis	toute drogue	cannabis
<i>Enquêtes de villes (en général la prévalence y est considérablement plus élevée que dans les données nationales)</i>				
<u>Amsterdam</u> (12 ans et plus)				
1987	24%	23%	10%	9%
1990	25%	24%	10%	10%
<u>Barcelone</u> (15-64 ans)				
1982	10%			
<u>Helsinki</u> (18-74 ans)				
1992	12% ?	10% ?		

<i>Enquêtes nationales/régionales</i>				
<u>Catalogne</u> (15-64 ans)				
1982		9-10%		5%
1986		9%		6%
1990		13%		5%
<u>Danemark</u> (16 ans et plus)				
1991		22%		5%
<u>Finlande</u> (18-74 ans)				
1992	6%	5%		
<u>Norvège</u> (15 ans et plus)				
1985		7%		1,8%
1991		8%		2,5%
<u>Allemagne</u> (14-18 ans et plus)				
1971-79	3-5%			
1982-87	4-8%			
<u>Royaume Uni</u> (16 ans et plus)				
1982		5% (sousestimé)		2%
1984		5%		3%

<i>Tranches d'âge plus étroites</i>				
<u>Allemagne</u> (12-39 ans)				
1990	16%		5%	
<u>Suisse</u> (17-45 ans)				
1987/89	21%			

**TABLEAU 3: PREVALENCE SUR LA VIE DU CANNABIS DANS LES
POPULATIONS JEUNES**

Attention! ces données ne sont pas directement comparables (voir chapitre 3.1)

Amsterdam

enquêtes auprès des ménages

1987	3% ? (12-15)	25% (16-19)	38% (20-24)
1990	2,6% (12-15)	23% (16-19)	37% (20-24)

enquête scolaire non aléatoire

1987	5,2% (11-14)	15% (15-16)	36% (17-18)
------	--------------	-------------	-------------

Pays Bas

enquêtes scolaires nationales

1988/9	1,5% (11-14)	11% (15-16)	18% (17-18)
--------	--------------	-------------	-------------

Barcelone

enquête auprès de la population

1982	22% (18-24)	drogues illicites (cannabis le plus souvent)	
------	-------------	----------------------------------------------	--

Catalogne

enquêtes scolaires

enquêtes auprès des jeunes (15-29 ans)

1982	3% (12-15) (solvants 4%)	25%
1986	5,7% (11-16) (solvants 2%)	23%
1990	3,1% (12-14) (solvants 3%)	20%

Copenhague

enquêtes scolaires

1990	25% (15 ans)	52% (18 ans)
------	--------------	--------------

Danemark

enquêtes scolaires

1970	22% (15 ans)
1990	17% (15 ans)

Dublin

enquêtes scolaires (12-18)	toutes drogues	cannabis
1970/71	2,3%	1%
1980/81	11%	9%
1984/85	22%	13%

Genève

enquête nationale (téléphonique)

1987/89 22% (17-20) 29% (21-25) 25% (26-30)

Hambourg

enquêtes scolaires (13-19)

1971 27%

1981/2 13%

enquêtes auprès des jeunes - par correspondance (12-24)

1981/2 20%

1986/7 19%

1990/91 21%

Allemagne (anciens Länder)

enquêtes auprès des jeunes - par correspondance (12-29)

1986/7 12%

1990 16% pas d'augmentation chez les 12-17 ans

Helsinki

enquêtes scolaires

début 1970 17-23% des écoliers (principalement le hashish)

1986

1988 0% (13 ans) 5% (15 ans) 12% (17 ans)

1992 10% (15 ans) 19% (17-18 ans)

(la prévalence des comprimés est plus élevée chez les jeunes filles de 13-15 ans)

enquête auprès de la population

1992 20% (18-34)

Agglomération de Lisbonne

enquêtes scolaires (12-18)

1987 8,4% 9% (15-16) 22% (17-18)

1988 8,8% 8% 28%

Comté de Lisbonne

enquêtes scolaires (12-18)

1988/89 4,7% 5% (15-16) 16% (17-18)

1989/90 5,2% 6% 17%

Londres

enquête scolaires (11-16)

1987 12% (11% solvants, 20% toutes drogues) 21% (15-16)

Oslo

enquête auprès des jeunes (15-20)

1968-69	5%	
1971	15%	(2% solvants)
1972-75	19-20%	(10% "
1976-78	16-18%	(10% "
1979-85	20-23%	(12% "
1986-9	16-18%	(8-11% "
1991	16%	(6% "
1992	17%	(5% "

Paris

enquête scolaire (? âge)

1978/79 12%

Rome

appelés du contingent (analyse d'urine)

1982 8,5% (17-18) 13% (19-25)

Ville de Stockholm

enquêtes scolaires (15 ans)

1971	32%	pour la plupart le cannabis
1981	22%	
1984	12%	
1987	9%	
1990	8%	

appelés du contingent (18 ans)

1977	31%
1980	38%
1983	23%
1985	14%

TABLEAU 4: PREMIERE ET TOUTES DEMANDES DE TRAITEMENT CONFONDUES

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>													
premier traitement en CMR	N°		3531	2143	2657	2901	2092	1590	1699	1506	1049	982	964
	taux (15-39)		--	7,3	9,0	9,8	7,1	5,0	5,4	4,8	3,3	3,1	3,0
	taux (pop. globale)		--	320	393	427	308	232	246	218	151	141	137
Total des traitements (CMR)	N°		3531	4410	5722	6619	6657	5755	6032	5952	5018	4805	4820
	taux (15-39)		11,9	14,9	19,2	22,4	22,2	18,2	19,6	19,0	15,9	15,3	15,2
	taux (pop. globale)		527	656	846	973	979	840	874	860	724	691	686
<u>Barcelone</u>													
débuts de traitement (4 centres)	N°	4	22	214	771	1010	1270	962	725	884	840	751	912
débuts de traitement (SEIT)	N°									1623	1479	2304	(2480)
	taux (pop. globale)									0,95	0,86	1,35	
	taux (15-39)									2,57	2,35	3,65	
<u>Copenhague</u>													
lères demandes de traitement	N°			290	310	480	330	410	395	270	315	286	229*
													* excl. 1 centre
Toutes demandes de traitement	N°			915	900	1170	1065	1045	1065	970	1080	1121	1283
	taux (pop. globale)											241	276
	taux (15-39)											5,6	6,4
<u>Dublin</u>													
début de 1er traitement (1 centre)	N°	250	410	633	650	506	387	352	299	265	237	272	n/d
	taux (15-39)	0,7	1,1	1,7	1,7	1,4	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,7	--
Début de tout traitement(1 centre)	N°	429	643	1004	1314	1218	1150	904	904	759	765	633	n/d
	taux (15-39)	1,2	1,7	2,7	3,5	3,3	3,1	2,4	2,4	2,0	2,0	1,6	--
début de 1er traitement (nouveau système)	N°											624	450
	taux (pop. globale)											68	49
	taux (15-39)											1,6	1,2
Début de tout traitement (nouveau système)	N°											2037	2359
	taux (pop. globale)											221	256
	taux (15-39)											5,3	6,1

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Genève													
Données non disponibles													
Hambourg													
Nouveaux clients (inconnus l'année d'avant)N°					"250 par ans"		521	656	931	1010	1538		
Toute demande de traitement	N°						960	1033	1178	1384	1735		
	taux (pop. globale)						60	65	70	85	105		
Helsinki													
1ère demande de traitement	N°	Données précises non disponibles										"200-300 par an"	
Toute demande de traitement	N°	Données précises non disponibles										"250-400 par an"	
	taux (pop. globale)											50-80 approx.	
Lisbonne													
1ère demande de traitement	N°							1814	3055	2160	2152	2463	
	taux (pop. globale)							98	165	117	116	133	
	taux (15-39)							2,6	4,4	3,1	3,1	3,6	
Toute demande de traitement	N°								.				
	taux (pop. globale)												
	taux (15-39)												
Londres													
1ères notifications (traitement)	N°	778	1152	1202	1813	2407	2323	1747	1622	1911	2164	2120	2352
	taux (pop. globale)	11	17	18	27	36	34	26	24	28	32	31	35
	taux (15-39)	0,29	0,42	0,44	0,66	0,86	0,82	0,61	0,57	0,69	0,77	0,75	
1ères et re-notifications	N° (ancien système)	1231	1688	1860	2693	3375	3317	2883	2760	3230			
	(nouveau système)								3932	4658	5689	5782	6432
	taux (pop. globale)	18	25	27	40	50	49	43	58#	68	84	85	95
Total connu dans l'année	N°	2649	3129	3805	4693	5673	6009	5986	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
(y compris les traitements en cours le 1er janvier)	taux (pop. globale)	37	46	57	70	85	88	89	(87)*	(102)*	(126)*	(128)*	(143)*

* taux estimés

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Oslo</u>													
nouveaux clients enregistrés	N°	265	319	216	236	196	180	139	165	127	116		
(service détaché pour les jeunes)													
Demande de traitement	N° demandes									519	546	410	429
(unités d'urgences pour toxicomanes)	N° admissions									269	280	275	279
Etude pilote													
(demandes de traitement à Oslo)	N°											1455	1400
taux (pop. globale)												318	306
<u>Paris</u>													
clients en 1er traitement	N°												
clients en traitement: novembre	N°								(1556)	1694	1908		
: dernier trimestre	N°	2186		2616					estimé				
France: 1er traitement:	N°								11086		12664		
(centres spécialisés)													
tout traitement confondu:	N°								24894		28262		
<u>Rome (Latium)</u>													
1ère demande de traitement	N°						2191	2404	1847*				
toxicomanes sous traitement	N°				1318	2168	2411	2543	2452*	3672	3240		
taux (pop. globale)					26	43	48	51	--	73	65		
<u>Stockholm</u>													
Données non disponibles													

TABLEAU 5: ADMISSIONS HOSPITALIERES

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Amsterdam													
Personnes admises à l'hôpital pour lesquelles une assistance a été demandée	N°		183	185	259	304	277	301	305	304	320	345	341
	taux (15-39)		0,6	0,6	0,9	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,5
Diagnosics des hôpitaux psychiatriques	N°			111	336	286							
	taux (pop. globale)			16	50	42							
	taux (15-39)			0,4	1,1	1,0							
Diagnosics des hôpitaux généraux	N°		240	514	537								
	taux (pop. globale)		35	76	79								
	taux (15-39)		0,8	1,1	1,1								
Barcelone													
		Données non disponibles											
Copenhague													
en milliers de jours:	Hôpitaux psychiatriques	32,3	30,8	28,9	25,3	31,2	30,1	24,2	20,5	18,6	20,8	23,5	22,8
	Hôpitaux généraux	3,4	4,4	4,2	4,3	4,8	5,2	5,4	5,1	4,6	5,1	5,4	n/d
Dublin													
Hôpitaux psychiatriques	N°		96	76	98	81	82						
	taux (pop. globale)		10	8	11	9	9						
	taux (15-39)		0,3	0,2	0,3	0,2	0,2						
Hôpitaux généraux	N°		223	266	328	326	326						
	taux (pop. globale)		24	29	36	36	36						
	taux (15-39)		0,6	0,7	0,9	0,9	0,9						
Genève													
		Données non disponibles											
Hambourg													
Admissions en clinique de désintoxication	N°	147	182	206	199	202	185	188	238	777	850	889	
- patients réorientés vers le TC	N°	63	112	95	117	129	130	120	146	112	132	171	

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Helsinki</u>													
Total	Nº	16	20	14	24	19	25	17	45	26	46	51	
	taux (pop. globale)	3,2	4,1	2,8	4,9	3,9	5,1	3,5	9,1	5,3	9,3	10,4	
Hôpitaux psychiatriques	Nº	9	18	11	14	13	16	10	32	15	17	17	
Hôpitaux généraux	Nº	7	2	3	10	6	7	7	13	11	29	34	
<u>Lisbonne</u>													
Données non disponibles													
<u>Londres</u>													
Hôpitaux psychiatriques	Nº	381	452	465	424	588							
	taux (pop. globale)	5,5	6,6	6,8	6,2	8,5							
	taux (15-39)	0,12	0,14	0,14	0,12	0,16							
Hôpitaux généraux	Nº	524	818	790	779	795							
	taux (pop. globale)	7,6	11,9	11,5	11,3	11,5							
	taux (15-39)	0,16	0,25	0,24	0,22	0,22							
<u>Oslo</u>													
Données non disponibles													
<u>Paris</u>													
Données non disponibles													
<u>Rome</u>													
Données non disponibles													
<u>Stockholm</u>													
tous les hôpitaux, ville et comté	Nº							1308	1323	1366	1184		
	taux (pop. globale)							81	82	84	73		

TABLEAU 6: HEPATITE B

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Amsterdam													
tous les cas d'Hép B	N°				139	96	115	61	41	49	29	34	36
(signalés au GG&GD)													
cas liés à la drogue	N°				19	23	23	4	11	7	5	4	6
- % des cas connus	%				24%	37%	33%	17%	41%	23%	19%	15%	21%
Barcelone													
tous les cas d'Hép B						61	77	63	59	51	45		
(signalés au Départ. de santé publique de la ville)													
Copenhague													
Hép. B liée à l'injection de drogues	N°		33	28	25	19	34	10	6	10	15	12	6
(signalé au fonctionnaire médical de la ville)													
Dublin													
Tous les cas d'Hép B.	N°	101	323	224	220	211	176	264	213	148	98	95	161*
(Virus Reference Laboratory)													
cas liés à la drogue	N°	42	217	168	165	98	91	74	85	13	18	6	5
- % des cas liés à la drogue	%	42%	67%	75%	75%	46%	52%	28%	40%	9%	18%	6%	3%
													(* y compris bébés roumains)
Genève													
Tous les cas d'Hép B.	N°							105	98	152	203	220	202
(signalés au bureau de santé publique)													
cas liés à la drogue	N°							16	13	19	21	15	10
- % des cas liés à la drogue	%							28%	34%	21%	13%	9%	6%
Hambourg													
tous les cas d'Hép B	N°				277	269	291	174	174	171	169	187	
(signalés à l'administration médicale)													

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Helsinki													
tous les cas d'Hép B	N°												37 (augmentation)
- % des cas liés à la drogue	%												1982-87: environ 30% des cas sont liés à la drogue
Lisbonne													
		Données non disponibles											
Londres													
tous les cas d'Hép B	N°	378	479	392	415	608							
(laboratoire central de santé publique)													
cas liés à la drogue	N°	59	87	70	90	131							
% des cas liés à la drogue	%												
RU: tous les cas	N°	1007	1197	1237	1274	1937	1771	1312	774	636	590	543	
- cas liés à la drogue	N°	190	275	240	297	602	543	301	146	107	69	82	
- % des cas liés à la drogue	%	19%	23%	19%	23%	31%	31%	23%	19%	17%	12%	15%	
Oslo													
tous les cas d'Hép B	N°	138	105		128		107		39	19	32	11	
(signalés à l'institut national de santé publique)													
Norvège: tous les cas	N°			324		323		151	92	102	61	28	
Paris													
		Données non disponibles											
Rome													
tous les cas d'Hép. B	N°									225	128	99	
(service de la santé publique et de l'environnement)													
cas liés à la drogue	N°									48	78	58	
- % des cas liés à la drogue	%									21%	61%	59%	
Stockholm													
tous les cas d'Hép B & nA-nB	N°					257	314	214	222	174	199	218	
(laboratoire bactériologique national)													

TABLEAU 7: CAS DE SIDA

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Amsterdam													
cas cumulés de SIDA chez les UDVI ¹ vus au service sanitaire municipal	N ^o												113
Barcelone													
nb total de cas de SIDA	N ^o					7	16	55	140	274	352	405	402
- % d'UDVI	%					29%	31%	49%	55%	60%	54%	56%	47%
Copenhague													
cas de SIDA parmi les UDVI	N ^o							1	2	1	5	8	
Danemark: total de cas de SIDA													
- % (cumulé) d'UDVI	%	2	3	3	12	17	38	69	100	126	174	197	204
- % d'UDVI par rap. aux séropositifs	%											5%	5%
													12%
Dublin													
Irlande: nb total de cas de SIDA	N ^o			2	1	3	5	6	20	39	88	142	197
- % UDVI	%									33%	34%	34%	37%
- % UDVI & H/S	%									10%	6%	5%	4%
- % d'enfants nés de mères UDVI	%									--	5%	5%	4%

¹ UDVI = usager de drogues par voie intraveineuse

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Genève</u>													
nb total de cas de SIDA	Nº		5	5	13	28	75	163	257	423	511	459	
- % d'UDVI	%		0%	40%	0%	18%	21%	34%	39%	41%	41%	40%	
<u>Hambourg</u>													
nb total de cas de SIDA	Nº											?	
- % d'UDVI	%											16%	
<u>Helsinki</u>													
Finlande: total des cas de SIDA	Nº			1	2	3	4	7	8	17	17	15	26
- % (cumulé) d'UDVI	%												2%
Total (cumulé) des cas séropositifs	%											370	
- % d'UDVI	Nº											4%	
<u>Lisbonne</u>													
Portugal: total des cas de SIDA	Nº				1	3	29	33	71	116	177	222	226
- % d'UDVI	%									7%	18%	17%	21%
<u>Londres</u>													
R.U.: total des cas de SIDA	Nº	1	4	13	34	106	236	462	670	876	1024	1170	1152
- % (cumulé) d'UDVI	%												6%

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Oslo													
Nb de VIH + UDVI	Nº					1	49	53	37	14	8	8	7
Norvège: Total des cas de SIDA	Nº				2	4	11	18	35	30	45	52	61
- % d'UDVI	%						7%	5%	6%	4%	7%	15%	23%
Nombre de VIH + UDVI	Nº					1	76	97	66	31	24	18	13
- % (cumulé) de tous les VIH +													29%
Paris													
France: total des cas de SIDA	Nº	9	8	32	92	236	573	1233	2216	3007	3708	4076	4002
- % (cumulé) des UDVI	%												22%
Rome													
Total des cas de SIDA	Nº				1	3	10	31	65	117	193	209	
- % d'UDVI	%				0%	0%	20%	55%	49%	59%	64%	61%	
Stockholm													
Total des cas de SIDA	Nº										76	86	97
Suède: Total des cas de SIDA	Nº			1	6	11	33	56	79	87	132	124	128
- % (cumulé) d'UDVI	%									2%	3%	3%	6%
Total VIH+ (cumulé)	%									2009	2315	2655	2972
- % d'UDVI (cumulé)	%									24%	23%	22%	20%

TABLEAU 8: SEROPREVALENCE DU VIH

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>	Estimation chez les injecteurs								environ 30 % (stable de 1986 à 1990)				
<u>Barcelone</u>	échantillons en traitement											40%	
	échantillon en prison											60%	
	toxicomanes hospitalisés											85%	
<u>Copenhague</u>	N° de toxicomanes VIH+ soignés									188		191	
	total estimé de toxicomanes VIH+											300	
	% estimé de VIH+ par rap. au total des toxicomanes											8-15%	
<u>Dublin</u>	UDVI ayant fait un test										14%	13%	13%
<u>Genève</u>	patients sous méthadone		4,4%	29%	38%	30%				37%			
	toxicomanes hospitalisés				62%	77%	74%	66%	81%	65%			
<u>Hambourg</u>	patients désintox. décès, détention préventive										10 - 15%		6%
<u>Helsinki</u>													
<u>Lisbonne</u>	toxicomanes en traitement										"assez élevé et en hausse"		
<u>Londres</u>	Estimation de la séroprévalence										5-10%		5-15%
<u>Oslo</u>	Estimation de la séroprévalence chez les UDVI											5-8%	
<u>Paris</u>	Estimation de la prévalence chez les UDVI (d'après enquêtes)											30%	
<u>Rome</u>													
<u>Stockholm</u>	toxicomanes en contact avec des services sociaux									11%	11%	11%	11%

TABLEAU 9: DECES LIES A LA DROGUE

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>													
Décès directement liés à l'usage abusif de drogues (tous/les résidents néerlandais)	N°	44 (16)	34 (16)	33 (12)	53 (21)	73 (21)	42 (22)	60 (19)	61 (21)	40 (15)	42 (14)	39 (15)	42 (20)
	taux (pop. globale)	6,5/2,4	5,0/2,4	4,9/1,8	7,8/3,1	10,7/3,1	6,1/3,2	8,7/2,8	8,8/3,0	5,8/2,3	6,0/2,0	5,6/2,2	6,0/3,0
<u>Barcelone</u>													
Décès directement liés à l'usage abusif de drogues (opiomanes/cocaïnomanes)	N°	1978-82: 16 cas			19	33	45	35	51	98	167	133	159
Espagne (6 grandes villes)	taux (pop. globale)				1,1	1,9	2,6	2,1	3,0	5,8	9,8	7,8	9,7
	N°				82	139	143	163	234	337	455	466	579
	taux (pop. globale)				1,2	2,0	2,0	2,3	3,3	4,7	6,4	6,6	8,1
<u>Copenhague</u>													
décès liés à l'abus de drogues (confirmé en toxicologie)	N°	84	81	70	72	85	71	61	87	72	75	51	89
	taux (pop. globale)	17	16,4	14,2	14,7	17,4	14,8	12,7	18,2	15,3	16,0	10,9	19,1
Danemark:	N°	165	148	134	139	158	150	109	140	135	123	115	188
<u>Dublin</u>													
		Données non disponibles											
<u>Genève</u>													
décès directement liés à la drogue	N°	12	16	12	16	14	7	13	21	31	30	33	20
	taux (pop. globale)	3,4	4,5	3,6	4,4	3,8	1,9	3,5	5,6	8,2	7,9	8,7	5,2
Suisse:	N°						120						403
<u>Hambourg</u>													
décès liés directement et indirectement à la drogue	N°	36	18	29	23	12	18	22	51	75	88	136	184
	taux (pop. globale)	2,1	1,1	1,7	1,4	0,7	1,1	1,1	3,1	4,6	5,4	8,4	11,3
Allemagne (RF):	N°	494	360	383	472	361	324	348	442	670	991	1491	2125
<u>Helsinki</u>													
Décès par intoxication dus à la pharmacodépendance (diagnostic 304)	N°									2	6		
total des décès liés à la drogue	N°												15
	taux (pop. globale)												3,0

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Lisbonne</u>													
décès liés à la toxicomanie lourde	Nº								20	26	46	72	112
	taux (pop. globale)								1,1	1,4	2,5	3,9	6,1
Portugal:	Nº								23	33	52	82	143
	taux (pop. globale)								0,2	0,3	0,5	0,8	1,5
<u>centre de Londres</u>													
décès liés directement et indirectement à la drogue	Nº	(90)	98	139	120	104	93	108	103	105	104	126	
d'après les rapports de police	taux (pop. globale)	3,7	3,4	5,1	4,4	3,9	3,4	4,0	3,8	3,9	3,9	4,7	
- toxicomanes (stupéfiants)	Nº		78	107	96	87	75	89	93	86	83	107	
RU: décès liés à l'abus de drogue ou à la pharmacodépendance	Nº	98	70	151	123	133	190	195	228	228	245	294	
<u>Oslo</u>													
décès liés à la drogue signalés par la police	Nº	25	17	5	14	22	17	22	25	30	35	43	55
	taux (pop. globale)	5,5	3,7	1,1	3,1	4,8	3,7	4,8	5,5	6,5	7,6	9,4	12,0
Norvège:	Nº	43	44	25	31	40	53	55	60	63	64	75	96
<u>Paris</u>													
Décès liés à la drogue signalés - par la police de Paris	Nº	64	72	74	99	121	85						
- par OCRTIS (pour Paris)	Nº							104	123	125	150	170	207
	taux (pop. globale)	2,9	3,3	3,4	4,5	5,6	3,9	4,8#	5,6	5,7	6,9	7,8	9,5
France:	Nº	172	141	164	190		172	185	228	236	318	350	411
<u>Rome</u>													
décès directement liés à la drogue	Nº	49	50	52	27	51	43	25	51	92	107	111	100
	taux (pop. globale)	1,3	1,4	1,4	0,7	1,4	1,2	0,7	1,4	2,5	2,9	3,0	2,6
(décès pour 1.000 toxicomanes en traitement)					(20,5)	(23,5)	(17,8)	(9,8)	(20,8)	(25,1)	(33,0)	(28,5)	(21,8)
Italie:	Nº	206	237	252	237	392	237	276	516	792	973	1152	1382
<u>Ville de Stockholm</u>													
Décès signalés par la police (à l'évidence liés à la drogue)	Nº				43	35	32	35	58	48	47	34	37*
	taux (pop. globale)				6,5	5,3	4,8	5,3	8,8	7,3	7,1	5,2	5,6 (* projection)

TABLEAU 10: ARRESTATIONS (toutes drogues confondues)

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>													
Personnes arrêtées	Nº	1655	2855	3024	2517	3351	3418#	1664	1992	1486	943		
- y compris l'unité locale créé en 1985							4117	2882	2229	1718	1382	n/d	2974
	taux (pop. globale)	247	426	450	372	495	605#	425	323	248	200	--	423
Personnes accusées	Nº	314	423	546	486	853	1097	627	538	635	n/d	n/d	505
<u>Barcelone</u>													
Arrestations (à l'exclusion de la détention pour usage personnel)		Données non disponibles au niveau de la ville											
Espagne	Nº					11446	12863	19203	25545	27911	27407	24812	28581
<u>Copenhague</u>													
Total des infractions:	Nº	2500	2845	3440	2965	2690	2590	3660	4420	5915	6705	7250	9164
	taux (pop. globale)	506	576	700	605	550	540	760	930	1260	1430	1560	1970
- au Code pénal	Nº	570	600	700	410	435	350	360	495	435	350	235	195
- à l'Ordonnance sur les drogues	Nº	1930	2245	2740	2555	2245	2240	3300	3925	5480	6355	7015	8969
<u>Dublin</u>													
Personnes accusées	Nº			1025	1389	1105	1041	907	983	1081	1073	1530	2314
	taux (pop. globale)			112	152	121	114	99	107	117	118	167	253
<u>Genève</u>													
Arrestations et délits de détention	Nº	335	267	219	236	224	315	707	729	575	1022	1024	1109
	taux (pop. globale)	81	76	61	65	61	85	191	194	152	270	269	291
Arrestations	Nº	263	232	198	185	201	223	231	192	162	168	240	263
- pour trafic	Nº	9	21	24	30	65	45	60	65	65	83	144	164
- pour détention	Nº	72	35	21	51	23	92	476	537	413	854	784	846

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Hambourg</u>													
Infractions: Total	Nº		2392	2875	2712	2724	2489	2981	4410	5715	6918	8014	7822
	taux (pop. globale)		142	170	160	163	149	181	267	351	425	492	481
- pour consommation	Nº		1614	2124	1934	2054	1905	2501	3629	4555	5230	6086	5666
- pour trafic	Nº		778	751	777	670	584	454	724	1098	1667	1830	2051
Personnes: Total	Nº		2053	2516	2004	2235	2046	2332	3172	3881	4231	4851	5087
	taux (pop. globale)		121	149	119	134	123	141	192	238	260	298	312
- trafic	Nº		692	643	563	556	514	357	547	713	1076	1349	1550
<u>Helsinki</u>													
Infractions	Nº	492	383	550	752	781	737	685	708	682	688	771	
	taux (pop. globale)	100	78	112	151	159	150	140	144	139	140	157	
Personnes	Nº	240	223	296	358	400	367	289	375	340	268	291	
	taux (pop. globale)	49	46	73	60	82	75	59	77	69	55	59	
<u>Lisbonne</u>													
Personnes soupçonnées: Total	Nº										913	1580	1609
	taux (pop. globale)										49,5	85,5	87,0
- trafic seulement	Nº										248	352	379
Personnes condamnées	Nº										208	320	271
Portugal: Personnes soupçonnées	Nº								2192	1845	2534	3586	4667
- trafic seulement	Nº								555	444	533	620	918
<u>Londres</u>													
Arrestations	Nº	6582	6624	8110	9167	9928	10335	9608	10350	15313	18783	19761	
	taux (pop. globale)	96	97	120	136	147	153	142	152	227	278	293	

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Oslo</u>													
Cas accusées	Nº	1850	1946	2126	2913	2787	2304	2699	2997	2919	3096	3508	3756
	taux (pop. globale)	404	425	464	636	608	503	589	654	637	675	765	819
Cas sanctionnés	Nº	197	242	206	355	771	725	810	972	1002	1025	1257	
Norvège: Cas suspectés													
	Nº		2050	2994	2934	3793	4408	4803	4583	4608	6229	8103	9091
Personnes accusées	Nº		1188	1461	1397	1885	1983	1941	1975	1935	2324	3057	3332
Cas sanctionnés	Nº		687	915	956	1254	1770	1780	2035	1976	2237	2542	3098
<u>Paris</u>													
Total des arrestations (héroïne, cocaïne, cannabis)	Nº						6825	5727	5231	5155	5365		
	taux (pop. globale)						317	265	242	239	248		
Arrestations liées à l'usage (toutes drogues) (région parisienne, 92, 93, 94)	Nº					10043	9189	8402	8903	9398	9453	9167	10859
<u>Rome</u>													
Personnes signalées	Nº				2100	1400	2800	3000	3900	5800	5400	3800	
	taux (pop. globale)				58	65	76	81	105	153	132	100	
- trafic	Nº				2000	2200	2400	2500	3100	4300	3700	2800	
- usage personnel	Nº				100	200	400	500	800	1500	1700	1000	
<u>Stockholm</u>													
Total des personnes suspectées (ville et comté de Stockholm)	Nº				4513	3091	2155	1430	1518	2041	2711	3230	3146
	taux (pop. globale)				291	199	139	92	95	128	168	198	193
- possession	Nº				2940	2118	1671	1115	1274	1745	2527	3017	2990
- autre	Nº				1573	973	484	315	244	296	217	213	156
Personnes condamnées	Nº							1510	1344	1596	1841	1968	
<i>ville de Stockholm seulement</i>													
détentions - possession (ville seulement) - autre	Nº							520	941	1423	2076	2502	2463
	Nº							234	137	207	194	177	120
condamnations, NSL	Nº	1384	1924	1609	1359	1076	1126	997	838	992	1313		
	taux (pop. globale)	206	286	239	202	160	168	148	125	148	195		

TABLEAU 11: ARRESTATIONS (par drogue)

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>	cannabis	353	661	516	297	217	686	87	213	213	n/d	n/d	n/d
	opiacés	881	1572	1768	1540	2387	2558	1087	1225	824	n/d	n/d	n/d
	cocaïne	299	483	551	549	671	83?	449	509	432	n/d	n/d	n/d
	amphétamines	87	70	120	85	46	62	39	39	12	n/d	n/d	n/d
	LSD	35	69	69	46	30	29	5	6	5	n/d	n/d	n/d
<u>Barcelone</u>		Données pour la ville non disponibles.											
<u>Espagne:</u>	cannabis					6359	7110	10510	12638	12823	12880	11432	11052
	opiacés					3468	3901	5585	8140	9370	9430	8322	11416
	cocaïne					925	996	1703	2559	3182	2864	3348	4575
	autres					694	856	1414	2208	2536	2233	1710	1538
<u>Copenhague</u>		Données non fournies											
<u>Dublin</u>	cannabis			637		549	546	477	500	798	780	1148	1878
	héroïne			199		329	359	329	260	87	85	70	45
	autres opiacés			70		26	39	28	36	70	79	140	132
	cocaïne			28		23	24	17	13	2	4	10	6
	amphétamines			18		5	11	8	11	4	4	14	7
	autres			73		173	62	48	163	120	121	148	246
<u>Genève</u>		Données non fournies											
<u>Hambourg</u>		Données non fournies											
<u>Usage:</u>	cannabis		1210	1693	1549	1583	1498	1828	2068	2001	1548	1198	987
	héroïne		249	210	247	281	270	497	1389	2410	3478	4531	4138
	cocaïne		25	27	54	89	63	96	84	83	172	266	470
	autres		130	194	85	101	74	80	82	61	31	91	71
<u>Trafic:</u>	héroïne		200	199	177	173	150	150	397	796	1161	1501	1601
	cocaïne		27	30	58	88	94	44	52	56	129	184	318

TABLEAU 12: EMPRISONNEMENT (auteurs d'infractions à la législation sur les drogues condamnés à la prison)

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>		Données non disponibles											
<u>Barcelone</u>		Données non disponibles											
<u>Copenhague</u>			662	432	387	355	295	354	458	392	353	398	342
<u>Dublin</u>		Données non disponibles au niveau de la ville											
Irlande : Personnes reconnues coupables et en prison au 1er janvier	Nº							74	73	66			
- % par rap. au total de la population carcérale	%									3,9%			
<u>Genève</u>		Données non disponibles											
<u>Hambourg</u>		Données non disponibles											
Personnes condamnées à la prison pour infraction à la législation sur les drogues	Nº	161	174	87	152	155	172	110	146	172	242	351	
- % représenté par ces personnes	%	33%	34%	25%	23%	25%	23%	17%	16%	16%	19%	22%	
<u>Helsinki</u>		Données non disponibles au niveau de la ville											
Finlande: Personnes reconnues coupables et en prison au 1er octobre	Nº	29	32	36	31	24	65	94	75	70	82	98	
- % par rap. à la population carcérale	%											3%	
<u>Lisbonne</u>		Données non disponibles											

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Lisbonne</u>		Données non disponibles pour la ville											
Portugal: personnes condamnées à la prison pour tous les infractions à la législation sur les drogues	Nº										570	483	579
- % du total de la population incarcérée											45%	35%	40%
<u>Londres</u>													
Personnes condamnées à la prison pour infraction à la lég. sur les drogues	Nº							972	676	649	626	430	
- % par rapport à l'ensemble des infractions à la lég. sur les drogues	%							12%	8%	5%	4%	3%	
<u>Oslo</u>													
Personnes en détention préventive pour infraction à la lég. sur les drogues	Nº	280	283	333	311	249	234	239	186	246	248	233	183
Norvège: Pers. condamnées à la prison pour infraction à la lég. sur les drogues	Nº	648	845	852	1152	1298	1160	1250	1140	1295	1358	1579	
<u>Paris</u>		Données non disponibles											
<u>Rome</u>													
Pers. envoyées en prison pour trafic de drogue	Nº			1565	1925	2184	2128					2120	
- % représenté par tous les trafiquants signalés	%			90%	89%	92%	88%					89%	
<u>Stockholm</u>		Données non disponibles											

TABLEAU 13: EMPRISONNEMENT (toxicomanes au sein de la population carcérale)

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Amsterdam													
nombre total de détenus	N°		2220	2410	2484	2031	1729	1676	2242	2449	2628	2747	
- toxicomanes	N°		711	823	1023	?	563	581	678	644	821	892	
- % par rap. à tous les détenus	%		32%	34%	41%	?	33%	35%	30%	26%	31%	32%	
- traités par méthadone	N°						465	476	595	475	>542	>730	
Barcelone													
		Données non disponibles											
Copenhague													
		Données sur la ville non disponibles, proportion estimée à 30-50% du total national des détenus toxicomanes											
Danemark: détenus toxicomanes	N°	767	872	784	-	812	734	902	861	923	953	970	1002
- % par rap. au total des détenus	%		24%	25%		23%	23%	25%	27%	27%	26%	27%	27%
- % de toxicomanes lourds (par rap. au total de détenus)	%		12%	11%		9%	9%	11%	11%	12%	11%	11%	10%
Dublin													
Proportion de toxicomanes à la prison centrale de Dublin (données de recherche)	%		5%					30%					
Hambourg													
toxicomanes en traitement de sevrage dans les hôpitaux pénitentiaires	N°									476	645	1000	
Genève													
		Données non disponibles											
Helsinki													
proportion estimée de toxicomanes au sein de la pop. carcérale	%											about 6%	

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Lisbonne</u> toxicomanes en prison		Données non disponibles au niveau local											
<u>Londres</u> toxicomanes signalés par les officiers médicaux pénitentiaires de Londres	N°								496	527	514	633	
RU: notifications émanant des prisons	N°		478	522	697	1187	1637	1661	1206	1150	1159		
<u>Oslo</u>		1988: 60% "avaient consommé de la drogue avant d'aller en prison"											
<u>Paris</u>		Données non disponibles											
<u>Rome</u> Toxicomanes en prison	N°									830	860	850	
- % par rap. au total de détenus	%									27%	29%	35%	
Italie: toxicomanes en prison	N°							6100	5200	7500	7700	7300	
- % par rap. au total des détenus	%							19%	17%	24%	25%	30%	
<u>Stockholm</u> Toxicomanes en prison au 1er Avril	N°	74			110		184	134	151	166	195	208	384
- % par rap. au total des détenus	%	30%			40%		48%	45%	49%	47%	54%	57%	59%
toxicomanes emprisonnés dans l'année	N°							364	459	578	530	486	602
% par rap. au total condamnés à la prison	%							41%	43%	50%	51%	48%	54%
usagers de drogues emprisonnés dans l'année	N°							119	118	107	109	96	93
% par rap. au total condamnés à la prison	%							14%	11%	9%	10%	9%	8%

TABLEAU 14: SAISIES DE DROGUES ILLICITES (quantités en kgs.)

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>	cannabis		4594	3034	1975	13274	1914	1195	1918	3404	9038	4201	3604
	héroïne		30	47	51	70	190	207	156	123	59	52	37
	cocaïne		7	9	21	47	19	85	65	22	250	205	311
	amphétamine		24	12	51	0,4	125	35	12	4,7	3,3	?	?
Pays Bas:	cannabis												84292
	héroïne											532	406
	cocaïne											4150	2288
<u>Barcelone</u>		Données non disponibles au niveau de la ville											
Espagne:	cannabis	11400	20900	27600	20800	37200	64400	50300	59800	91300	64500	71900	195700
	héroïne	6	34	68	109	203	253	407	413	480	713	826	741
	cocaïne	58	47	114	275	277	303	669	1134	3461	1852	5382	7574
<u>Copenhague</u>	cannabis		1019	834	1202	269	248	156	418	602	356	656	602
	héroïne	17	8,7	14	21	19	6	15	7	16	36	20	16
	cocaïne	--	11	5,6	44	1,7	3,9	1,8	17	18	47	33	47
	amphétamines	--	--	2,9	1,9	1,1	2,9	6,4	20	12	12	11	19
Danemark:	cannabis												976
	héroïne												30
	cocaïne												747
	amphétamines												

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Dublin</u>		Données non disponibles au niveau de la ville											
Irlande:	cannabis	762	1792	337	689	110	812	43	110	251	194	132	1174
	héroïne	0,1	0,2	1,3	1,4	0,5	1,2	1,9	0,1	0,4	0,4	0,6	0,2
	cocaïne	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,3	0,2	0,03	0,04	3,0	1,0	0,0
	amphétamines	--	0,1	0,1	0,1	--	0,1	0,01	0,1	0,02	0,1	0,3	0,1
<u>Genève</u>	cannabis		222	256	119	278	143	86	92	95	506	67	61
	héroïne		4,3	1,7	5,5	8,7	9,5	22	5,0	5,1	5,1	35	16
	cocaïne		1,0	4,4	3,5	7,4	26	62	59	58	111	70	103
Suisse:	cannabis												
	héroïne												
	cocaïne												
<u>Hambourg</u>	cannabis				480	69	49	393	70	8538	8151	1915	8827
	héroïne				8,0	20	9,6	2,2	12	19	35	67	117
	cocaïne				0,8	7,7	0,6	1,3	2,6	42	16	6	173
	amphétamines				0,02	0,01	2,1	0,01	1,9	5,5	3,1	0,01	0,8
Allemagne:	cannabis	3200	6696	3190	4606	5193	9151	2309	2998	11350	12075	13640	12343
	héroïne	267	93	202	260	233	208	157	320	537	727	846	1594
	cocaïne	22	24	33	106	170	165	186	296	496	1406	2473	963

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Helsinki</u>	cannabis						7,4	5,5	5,5	16	22	25	
	héroïne						0,4	0,01	0,02	0,14	0,08	0,01	
	cocaïne						0,00	0,04	--	0,05	10,8	0,03	
	amphétamine						0,4	0,4	0,3	1,7	1,1	0,4	
Finlande:	cannabis						16	10	25	24	164	71	107
	héroïne						0,8	0,01	0,05	0,16	0,2	0,03	0,7
	cocaïne						0,00	0,04	--	0,05	10,8	0,04	38
	amphétamines						0,4	1,1	1,2	2,1	1,1	1,4	5
<u>Lisbonne</u>	cannabis										n/d	n/d	
	héroïne										48	32	
	cocaïne										560	303	
Portugal:	cannabis							5532	4935	420	4634	9606	7754
	héroïne							19	30	33	61	36	62
	cocaïne							165	222	302	793	360	1094
<u>Londres</u>													
R.U.:	cannabis	26300	24774	17443	20594	29071	22165	25136	16937	45476	59369	31358	26000
	héroïne	38	93	196	236	362	366	223	236	236	351	610	450
	cocaïne	40	21	19	80	66	85	103	407	323	499	605	1078
	amphétamines	5,2	18	14	35	59	77	116	152	137	108	275	

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Oslo</u>	cannabis	36	81	41	130	123	76	136	51	38	275	94	266
	héroïne	3,5	0,25	0,41	0,67	1,1	4,5	3,0	2,1	6,1	5,4	3,0	5,4
	cocaïne	0,22	0	0,005	0,13	0,12	0,92	0,23	5,8	0,22	0,006	1,0	0,07
	amphétamine	0,28	1,1	3,2	8,7	6,3	11	8,1	3,1	5,7	2,3	15	17
Norvège:	cannabis	114	114	127	345	295	190	206	125	144	372	231	393
	héroïne	4,9	0,6	0,8	4,9	2,5	5,0	5,8	4,0	12	5,3	3,2	9,9
	cocaïne	0,24	0,04	0,32	0,15	0,18	1,0	0,27	5,9	2,2	0,3	0,9	3,9
	amphétamines	0,8	2,8	5,2	14	9,5	13	20	7,8	13	14	25	19
<u>Paris</u>		Données non disponibles au niveau de la ville											
France:	cannabis	15329	10899	25892	23463	31423	8234	13760	12602	24407	17832	53485	21050
	héroïne	72	69	97	168	209	278	220	213	221	295	405	561
	cocaïne	58	112	80	229	122	96	258	754	593	939	1845	831
<u>Rome</u>	cannabis						338	3480	386	2404	639	814	560
	héroïne						94	96	91	108	176	136	127
	cocaïne						44	84	59	146	159	271	360
Italie:	cannabis	4907	11204	4899	5179	6056	1449	16039	13043	7168	23232	7893	6070
	héroïne	197	141	230	314	457	275	333	323	576	665	901	1041
	cocaïne	76	64	105	223	73	107	129	330	617	668	801	750
<u>Stockholm</u>	cannabis				153	161	870	27	101	40	144	88	77
	héroïne				1,0	0,5	0,6	0,2	1,6	4,7	3,6	4,2	2,1
	cocaïne				0,4	0,2	0,05	0,01	0,4	0,6	1,9	4,1	0,5
	amphétamines				67	67	23	21	13	26	18	26	31
Suède:	cannabis				1439	321	110	138	343	94	220	177	158
	héroïne				2,2	0,5	1,0	1,9	2,9	5,6	4,3	7,0	5,2
	cocaïne				0,5	0,3	0,2	0,01	0,7	0,7	3,3	5,0	63
	amphétamines				76	76	64	51	89	86	51	62	59

TABLEAU 15: SAISIES DE DROGUES ILLICITES (nombre de saisies)

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>		Données non disponibles											
<u>Barcelone</u>		Données non disponibles au niveau de la ville											
	Espagne:					4357	4641	7491	10477	11056	10497	9628	9768
						1555	1958	3516	5692	7063	7416	6350	8586
						606	641	1256	2109	2655	2823	2925	3761
						421	353	821	1971	3084	2819	2022	1733
						6939	7593	12084	20159	23858	23555	20925	23848
<u>Copenhague</u>		Données non disponibles											
<u>Dublin</u>	Irlande: toutes drogues confondues	813	1204	1873	2278	1704	1637	1440	1235	1310	1562	2316	3550
<u>Genève</u>	toutes drogues confondues		723	692	824	695	713	695	646	567	853	983	1266
<u>Hambourg</u>		Données non disponibles											
<u>Helsinki</u>		Données non disponibles											
<u>Lisbonne</u>											367	452	
											321	716	
											104	259	
											5	7	
	toutes drogues confondues										797	1434	
	Portugal:							1142	952	1263	1279	952	
								398	420	564	1346	1991	
								118	140	164	346	453	
								11	9	16	10	4	
	toutes drogues confondues							1658	1521	2007	2981	3400	

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Londres</u>	cannabis				7354	7395	6635	6489	7493	11525	14073*	16400	
	héroïne				588	1146	1112	884	596	581	1099*	1000	
* modifications dans le mode d'enregistrement en 1989	cocaïne				322	442	314	259	325	408	1324*	1000	
	amphétamines				594	775	838	573	475	578	1020*	1300	
	toutes drogues confondues	5437	6313	7335	8669	9412	8623	8223	8701	12822	17196*	20500	
<u>Oslo</u>	cannabis						1144	1167	1348	1396	1572	1565	1556
	héroïne						178	249	385	441	569	673	757
	cocaïne						5	5	7	11	4	21	13
	amphétamine						143	210	249	202	193	261	247
Norvège:	cannabis	1742	1911	2002	1377	1312	2478	2744	1747	3478	4252	4274	4811
	opiacés	214	202	174	55	77	256	348	452	607	691	822	979
	cocaïne	22	7	14	14	15	11	11	13	29	14	26	25
	amphétamines	79	127	262	155	188	282	423	534	554	514	671	621
	autres	87	142	133	164	293	661	381	709	995	1300	1639	
	toutes drogues confondues												
<u>Paris</u>	cannabis							3189	3004	2476	2927		
	héroïne							1023	1620	1953	1810		
	cocaïne							71	118	147	192		
<u>Rome</u>		Données non disponibles											
<u>Stockholm</u>	cannabis				1422	1112	778	490	2724	941	1214	1437	1341
	héroïne				155	98	103	90	120	207	215	344	426
	cocaïne				16	17	12	11	14	39	41	28	29
	amphétamines							697	818	888	1112	1145	1147
Suède:	cannabis							2529	2358	2903	3512	3838	4019
	héroïne							135	185	260	281	405	564
	cocaïne							20	29	60	75	50	58
	amphétamines							1458	1830	1898	2487	2781	2782

TABLEAU 16: PRIX DES DROGUES DANS LA RUE/"PRIX TROTTOIR"

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>	cannabis			1-3	1,5-3	1,5-4	1,5-4	1,5-3	1,5-5	1,5-4			2-6
	héroïne			75-110	60-80	60-65	35-65	40-55	40-65	40-60			35-60
1 écu = 2,3 Fl.	cocaïne			65-85	55-65	60-75	55-75	45-55	45-70	45-60			50-75
	amphétamine				4-6	3-7	3-5	3-5	3-4	3-5			9-20
<u>Barcelone</u>	cannabis												
	héroïne												
1 écu = 128 Ptas.	cocaïne												80-120
<u>Copenhague</u>	cannabis						6,3				4,4		
	héroïne						380				250-315		150-250
1 écu = 7,93 Cr.	cocaïne						315				125-150		90-140
	amphétamine						75				40-65		25-65
<u>Dublin</u>	cannabis							3,6-4,5		4,4-5,1		5,1-9,2	8,3-9,2
	héroïne							260-390		260-390		260-390	310-390
1 écu = 0,77 IRI	cocaïne							260-340		130-195		130-155	130-155
	amphétamine							130-195		130-195		130-195	65-105
<u>Genève</u>	cannabis												4-5
	héroïne											27-330	100-140
1 écu = 1,80 SF	cocaïne											14-160	110-170
	amphétamine											3-30	per dose
<u>Hambourg</u>	cannabis						prix assez constant pendant les années 80 : environ					10 écus/gramme	
	héroïne		3-400	200	200	200	170-200		100	70-100		40-75	(150-300)*
1 écu = 2,05 DM	cocaïne					120	120	120	120	120		75-100	(250-500)*

* dans des sachets de 1/10 gm

TABLEAU 17: PURETE DES DROGUES DANS LA RUE

1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991

Amsterdam

Données non disponibles

Barcelone

Données non disponibles

Copenhague

degré de pureté moyen des échantillons de la rue saisis par la police, 1987-1991:-

héroïne: 40%, amphétamines: 31%

Dublin

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
degré moyen de pureté des drogues saisies	héroïne					22%	27%	28%	33%	34%	63%	31%	
	cocaïne							43%	47%	51%	77%	89%	43%
	amphétamines					30%	22%	15%	18%	10%	10%	6%	

Genève

Données non disponibles

Hambourg

		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
degré moyen de pureté des saisies (1 gr ou moins)	héroïne					29%	19%	28%	31%	35%	40%	43%	
	cocaïne					62%	62%	69%	59%	73%	?	62%	

Helsinki

Données non disponibles

Lisbonne

Données non disponibles

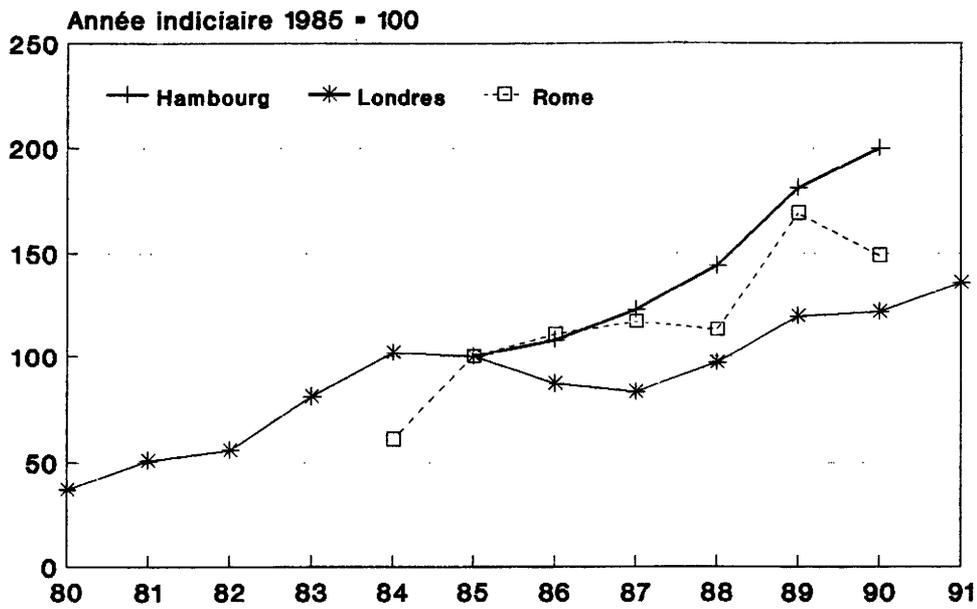
		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Londres</u>													
degré moyen de pureté	héroïne	39%	43%	51%	53%	46%	39%	35%	30%	37%	39%	38%	45%
des drogues saisies	cocaïne	57%	57%	61%	58%	63%	49%	50%	59%	58%	59%	41%	49%
	amphétamines	24%	28%	24%	n/a	19%	18%	14%	11%	12%	7%	6%	6%
<u>Oslo</u>													
degré moyen de pureté	héroïne										35%	36%	37%
des drogues saisies	cocaïne										87%	65%	81%
(< 1 gr.)	amphétamines										34%	52%	45%
<u>Paris</u>													
Données non disponibles													
<u>Rome</u>													
degré de pureté moyen de la majorité des drogues saisies en Italie en 1988 (y compris les grandes quantités):										héroïne 37%; cocaïne 88%			
<u>Stockholm</u>													
Données non disponibles													

TABLEAU 18: AUTRES INDICATEURS

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
<u>Amsterdam</u>												
<u>Barcelone</u>												
<u>Copenhague</u>												
<u>Dublin</u>												
<u>Genève</u>												
<u>Hambourg</u>												
Personnes signalées pour la 1ère fois (registre de la police)												
- opiomanes	230	194	189	161	141	102	173	560	780	1173	1336	985
- cocaïnomanes	15	21	4	32	49	49	33	50	45	77	115	94
<u>Helsinki</u>												
<u>Lisbonne</u>												
<u>Londres</u>												
<u>Oslo</u>												
<u>Paris</u>												
<u>Rome</u>												
<u>Stockholm</u>												

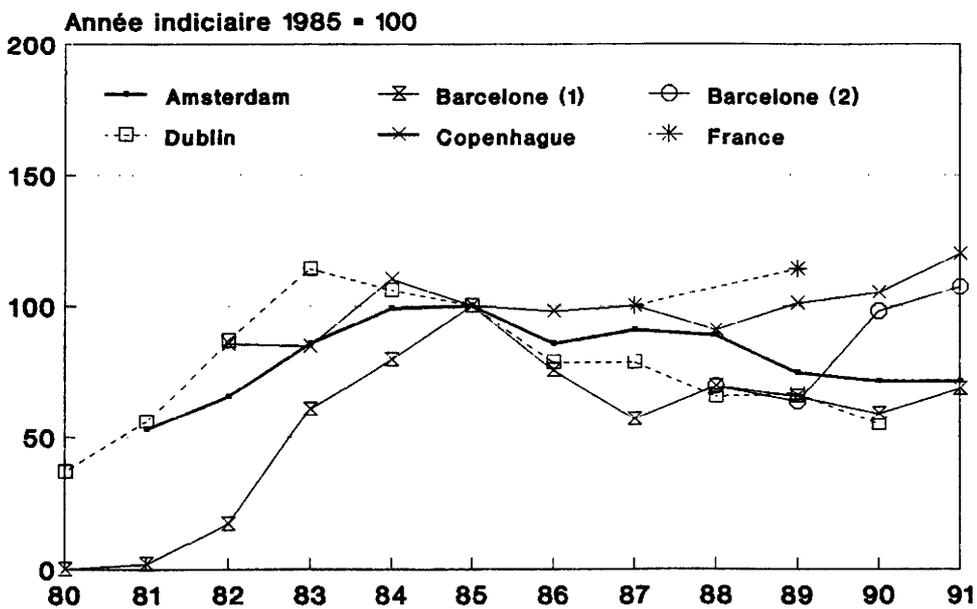
ANNEXE IV

Figure 1a: Demande de traitement
Toutes demandes confondues



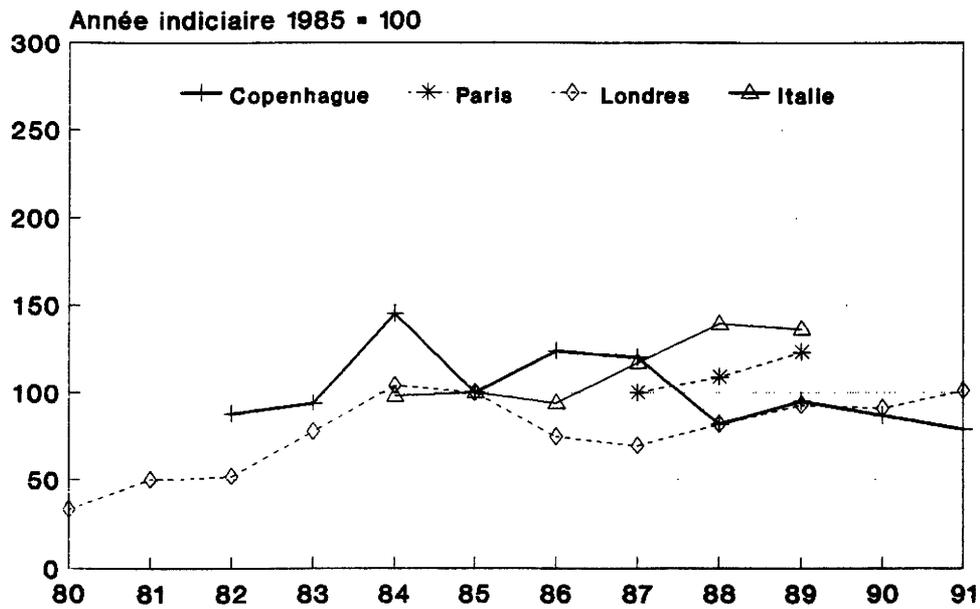
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 1b: Demande de traitement
Toutes demandes confondues



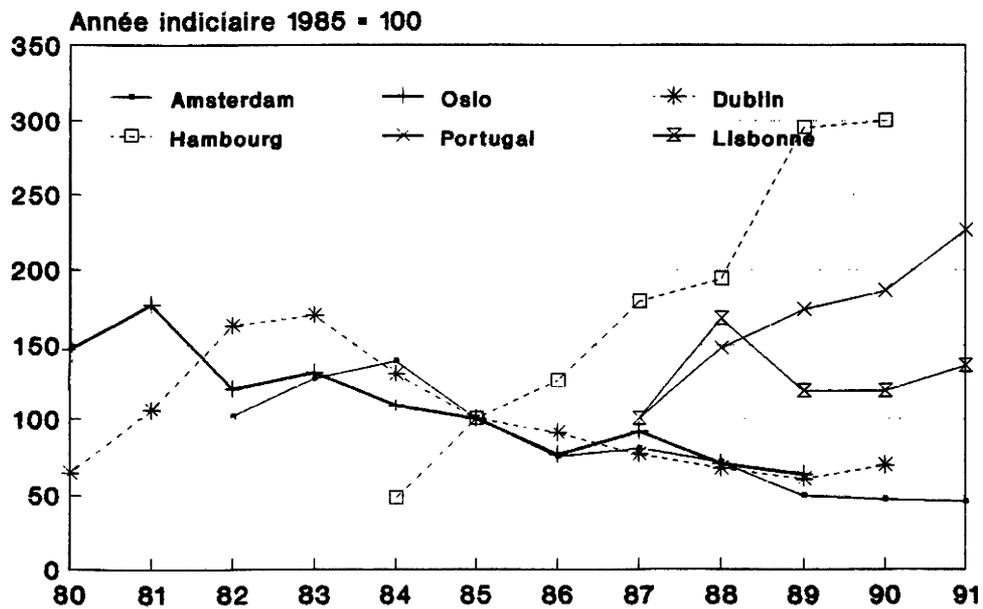
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 2a: Demande de traitement
Premières demandes de traitement



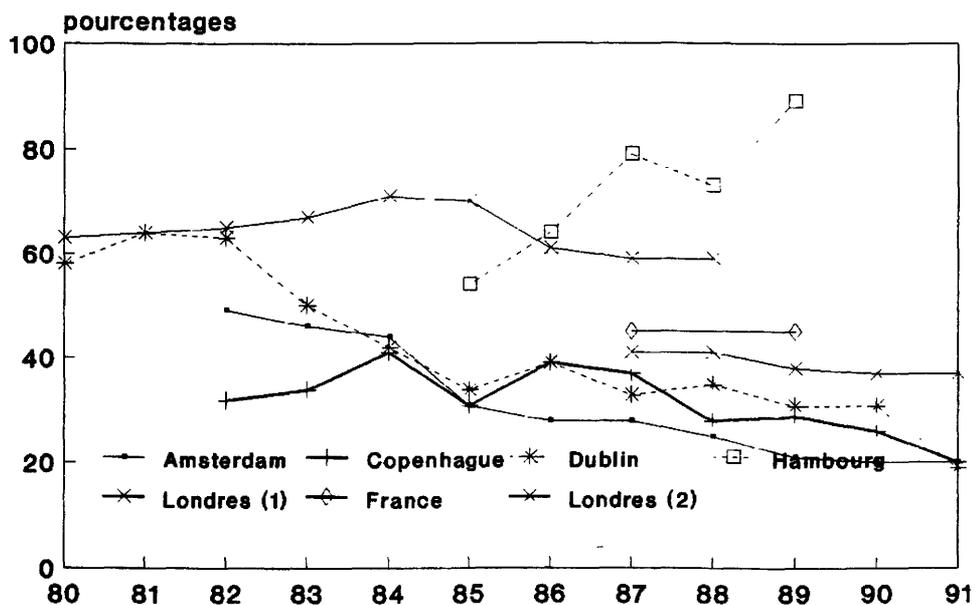
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 2b: Demande de traitement
Premières demandes de traitement



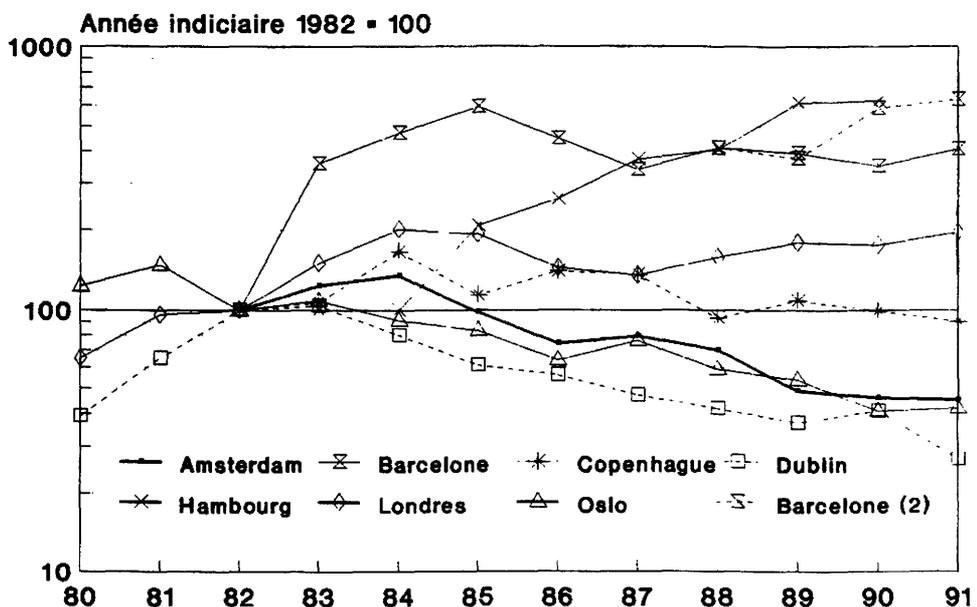
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 3: Demande de traitement
ières demandes par rapport au total (%)**



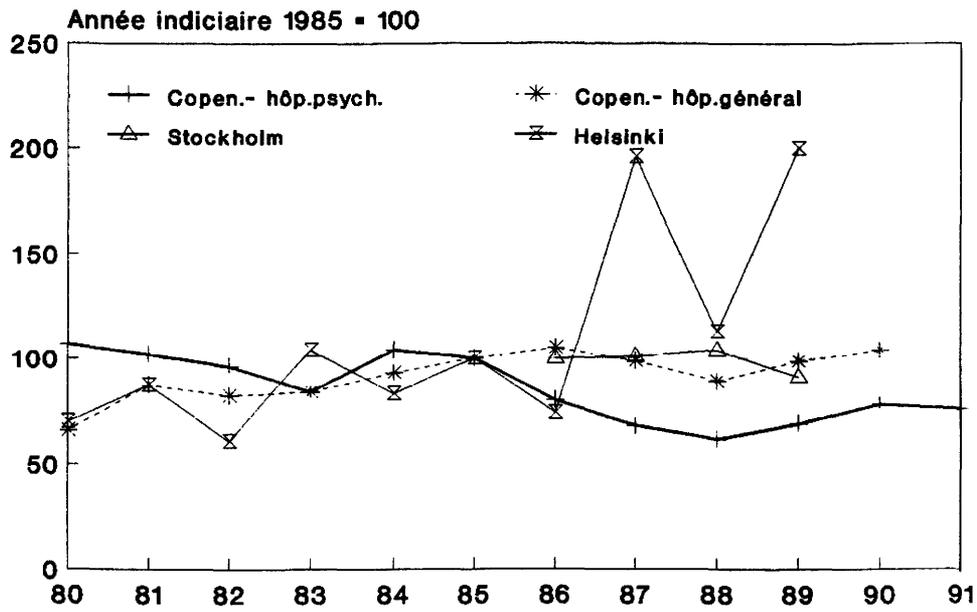
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

**Figure 4: Demande de traitement
ières demandes de traitement (base:1982)**



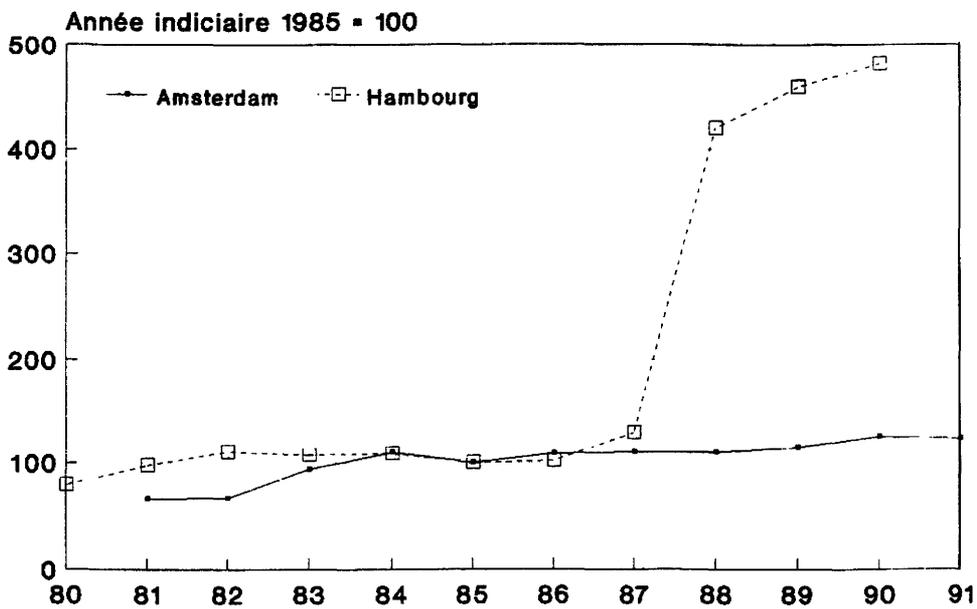
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

**Figure 5a: Admissions à l'hôpital
codes CIM (9)**



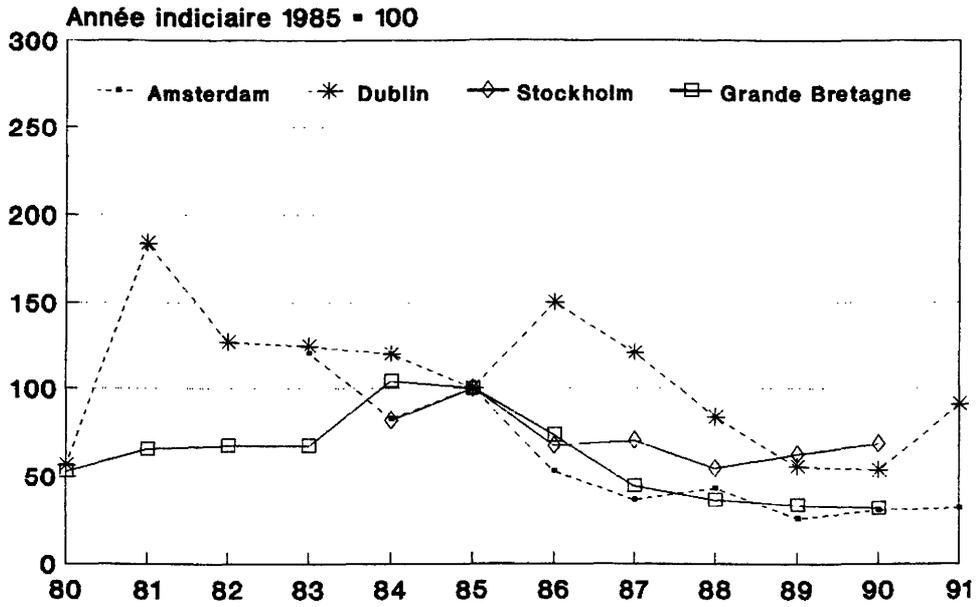
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 5b: Admissions à l'hôpital
Autres critères**



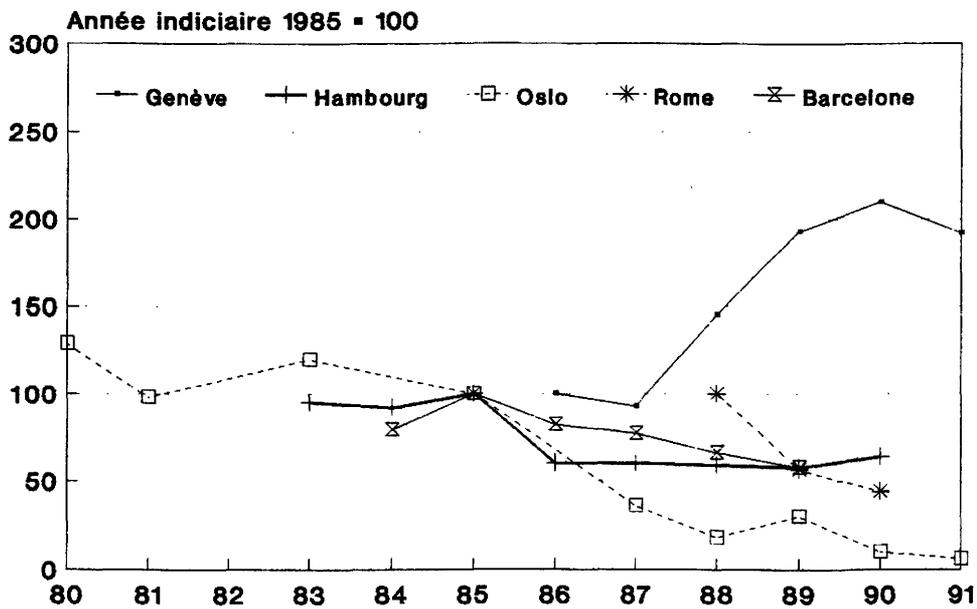
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 6a: Hépatite B
 Toutes causes confondues



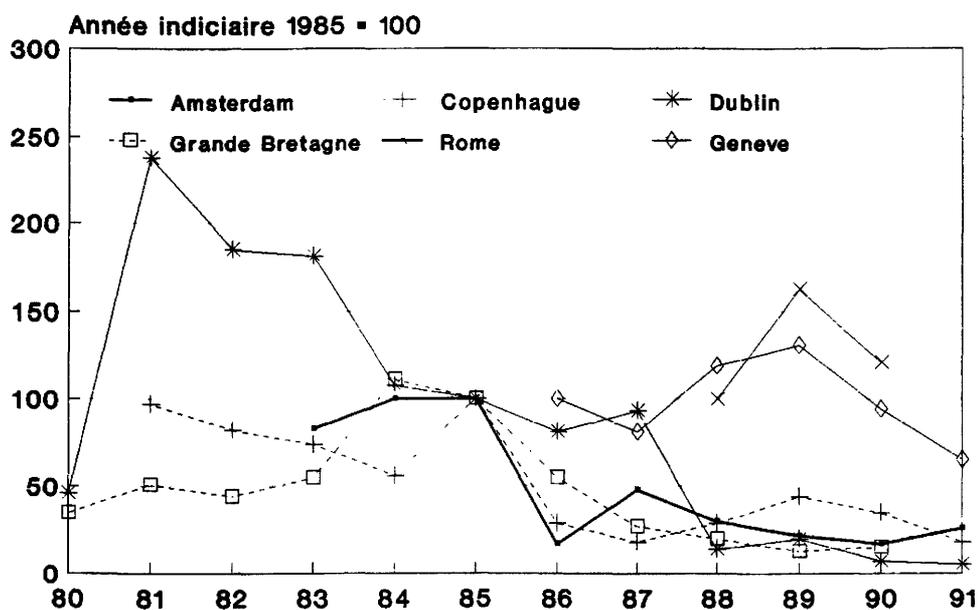
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 6b: Hépatite B
 Toutes causes confondues



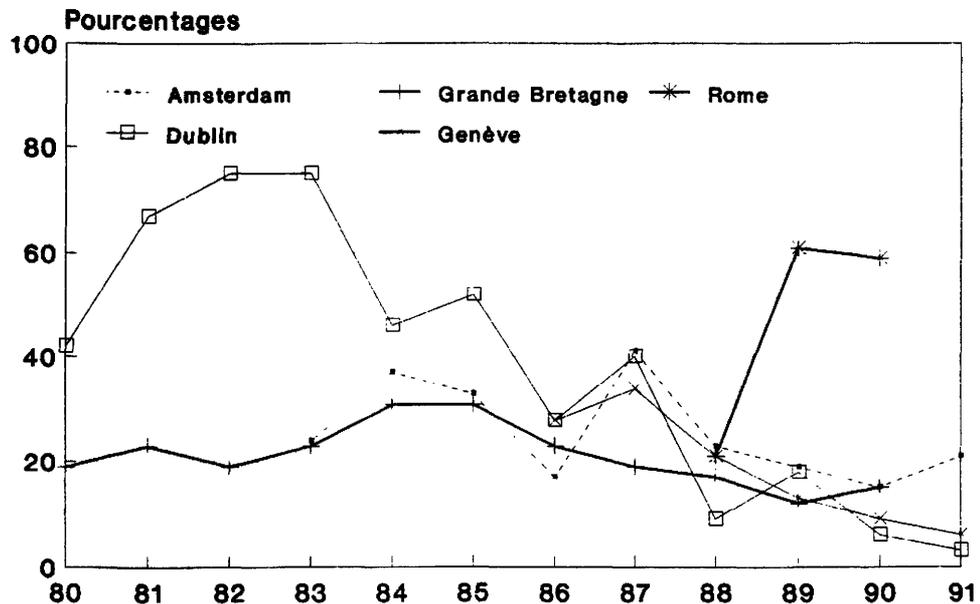
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 7a: Hépatite B
Cas liés à la drogue



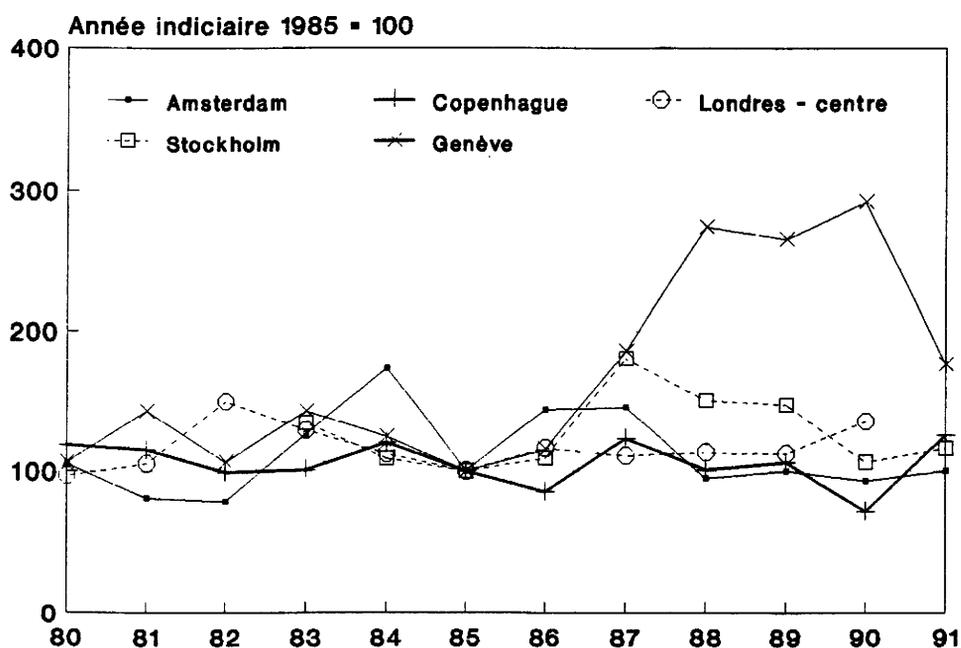
Groupe Pompidou
Etude multiville

Figure 7b: Hépatite B
Pourcentage de cas liés à la drogue



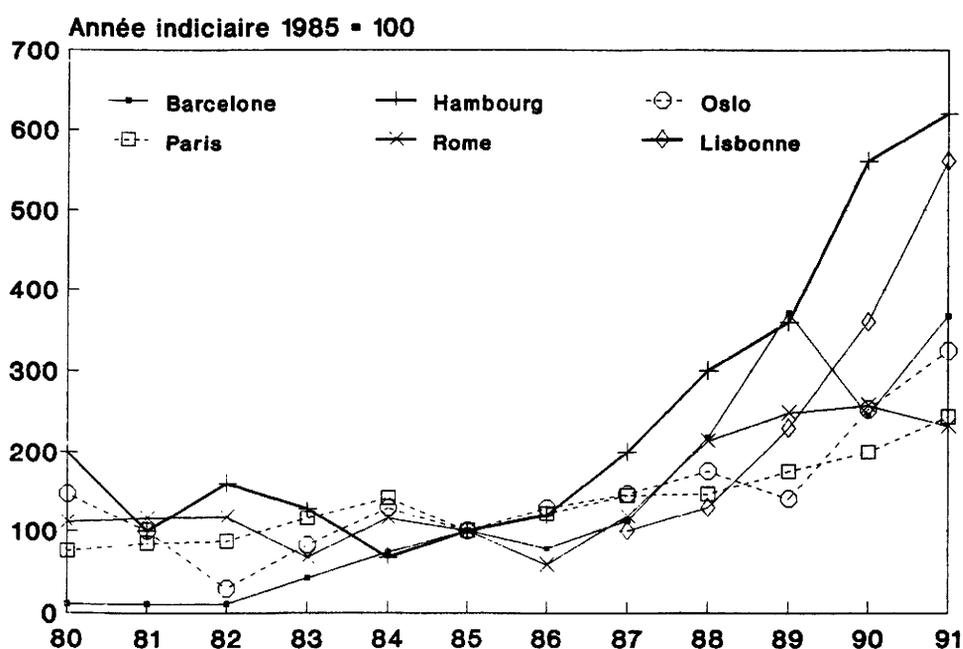
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 8a: Décès liés à la drogue



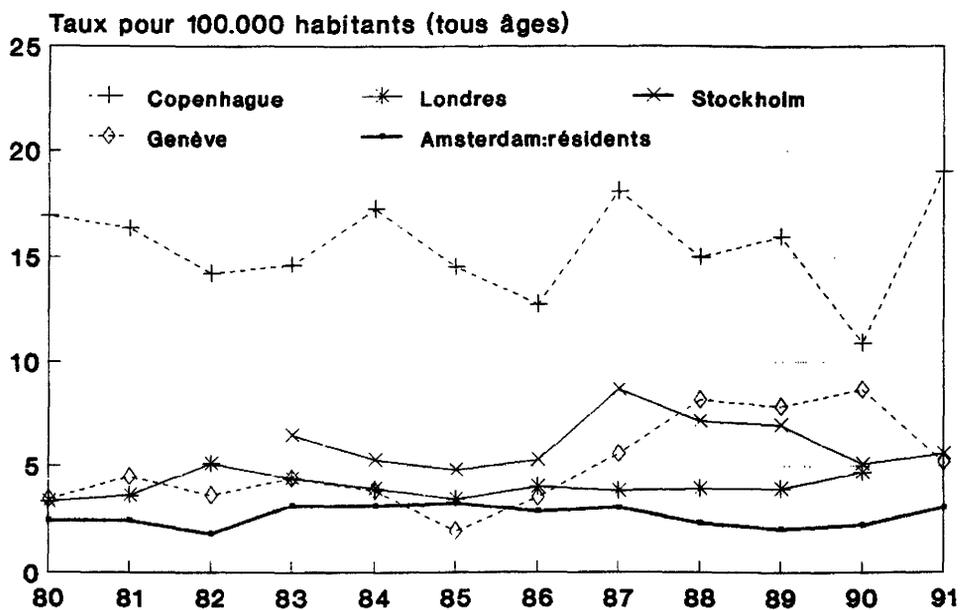
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 8b: Décès liés à la drogue



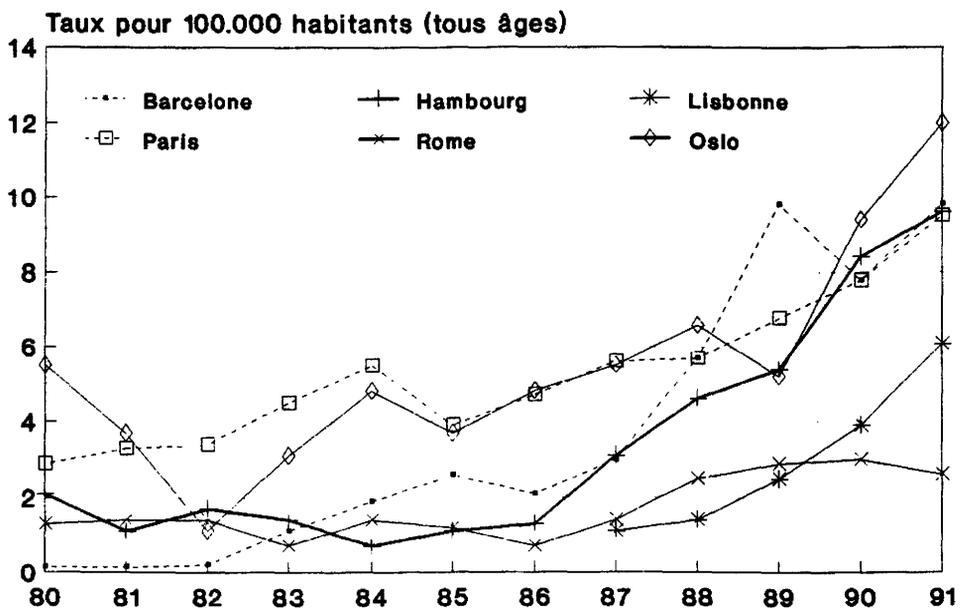
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 8c: Décès liés à la drogue
Taux dans certaines villes européennes



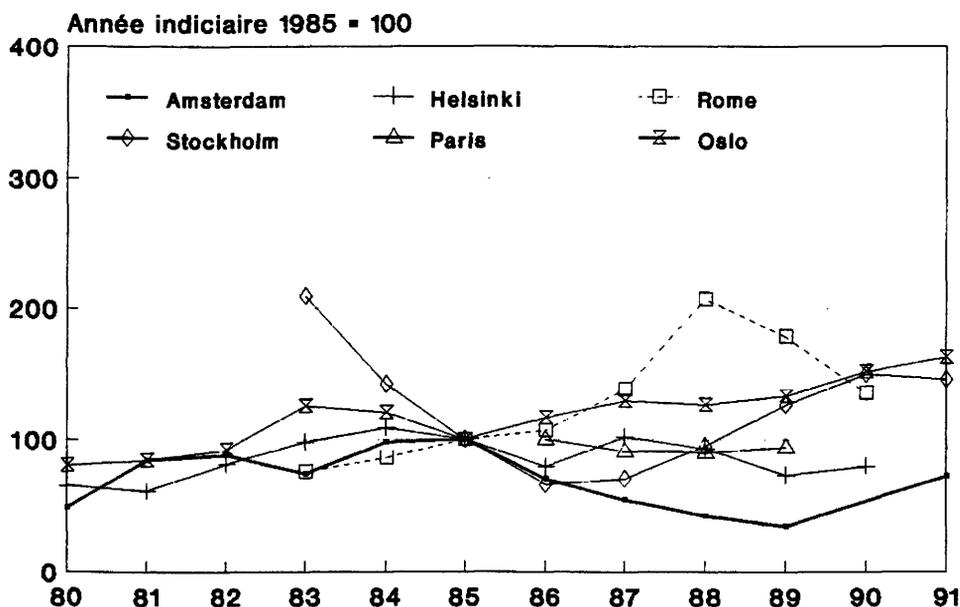
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 8d: Décès liés à la drogue
Taux dans certaines villes européennes



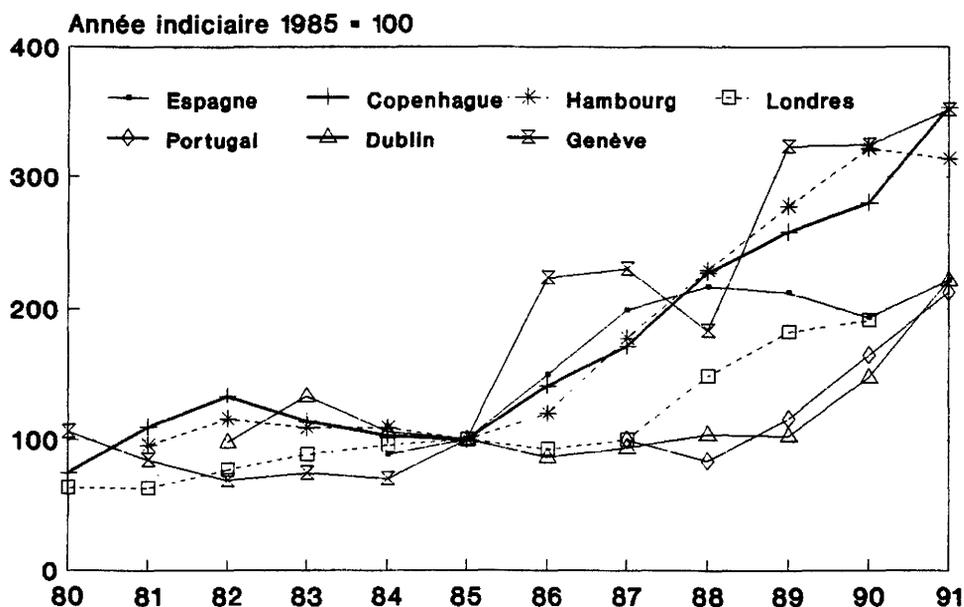
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 9a: Arrestations policières
Toutes drogues confondues



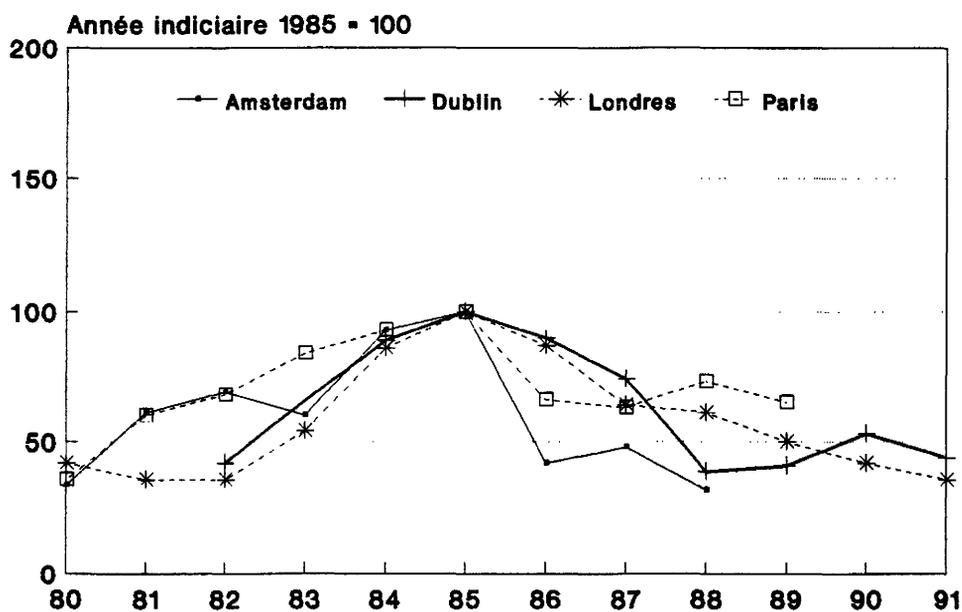
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 9b: Arrestations policières
Toutes drogues confondues



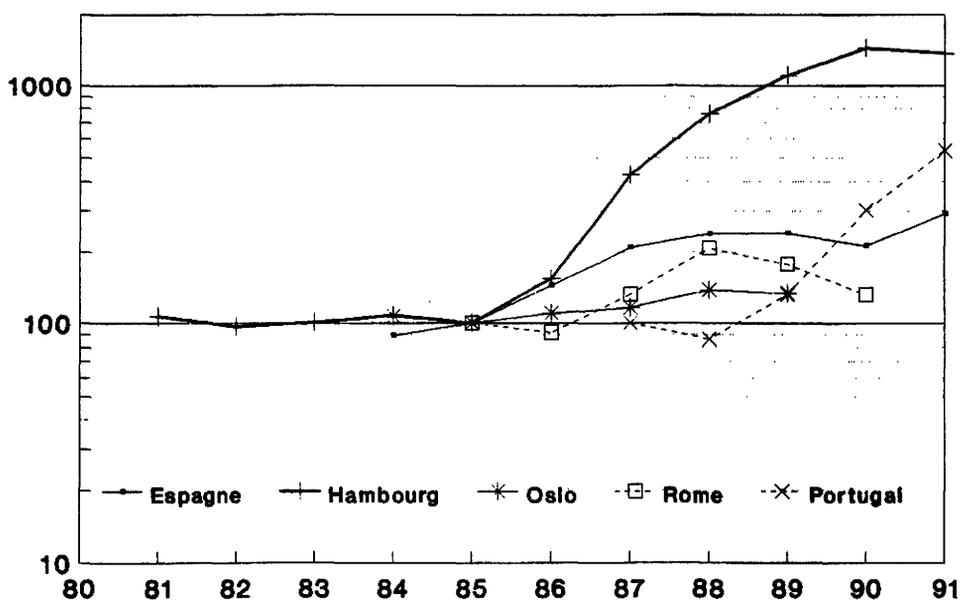
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 10a: Arrestations policières
Opiacés**



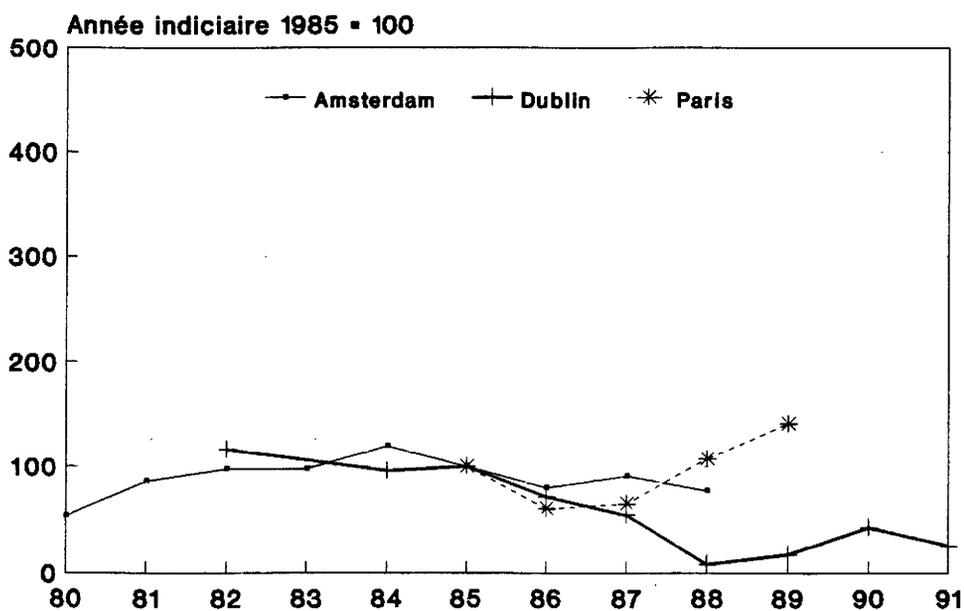
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 10b: Arrestations policières
Opiacés**



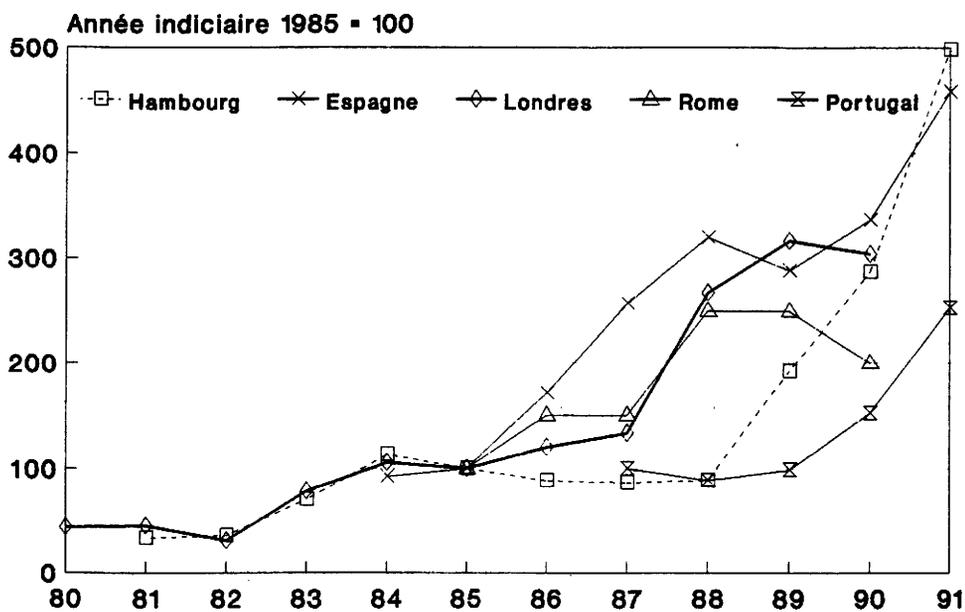
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 11a: Arrestations policières
Cocaïne**



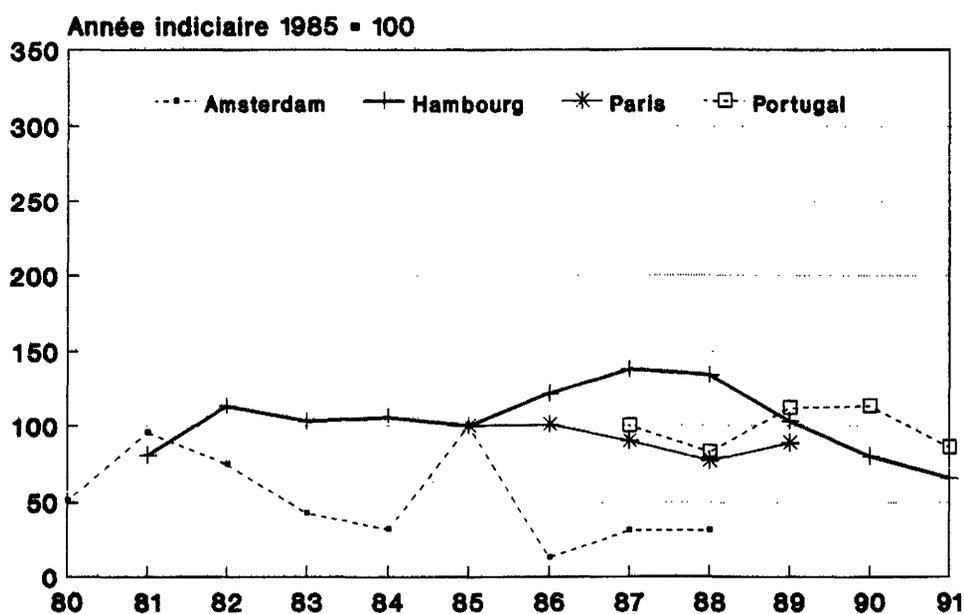
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 11b: Arrestations policières
Cocaïne**



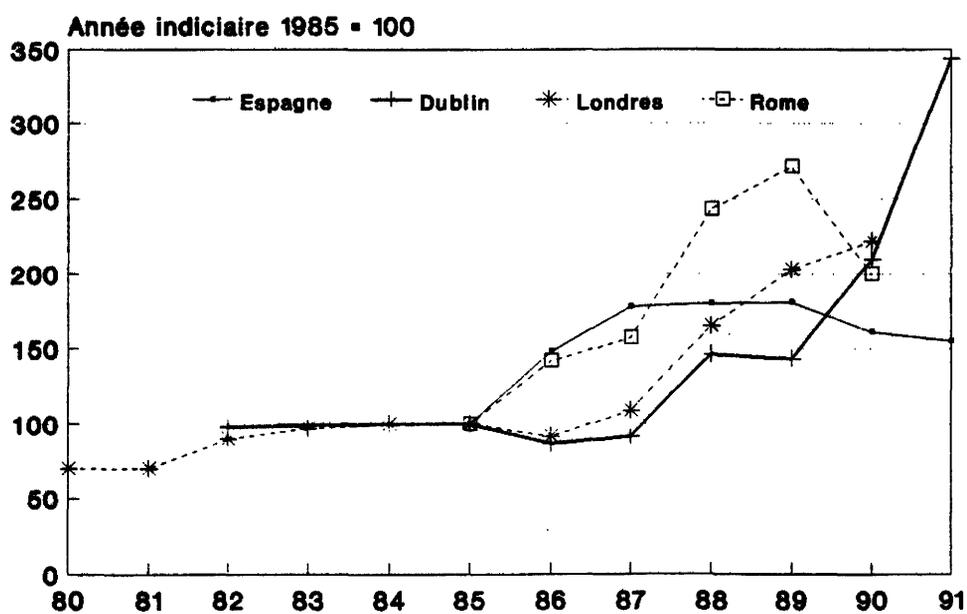
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 12a: Arrestations policières
Cannabis**



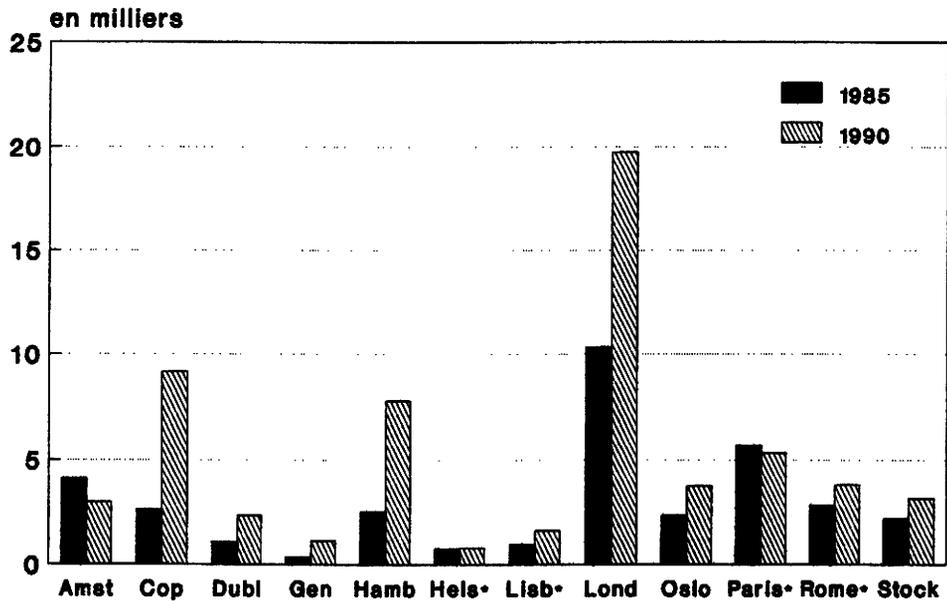
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 12b: Arrestations policières
Cannabis**



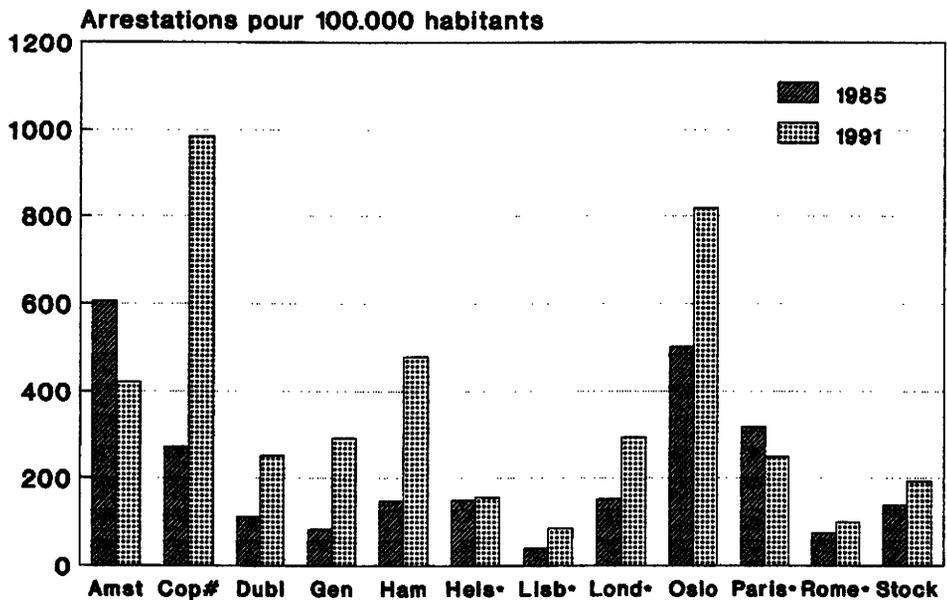
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 13a: Arrestations policières
Toutes drogues confondues (1985 & 1991)**



• Hels: 85&90, Lisb: 89&91, Lond: 85&90,
Paris: 85&89, Rome: 85&90

**Figure 13b: Arrestations policières
Taux de population (toutes drogues conf)**

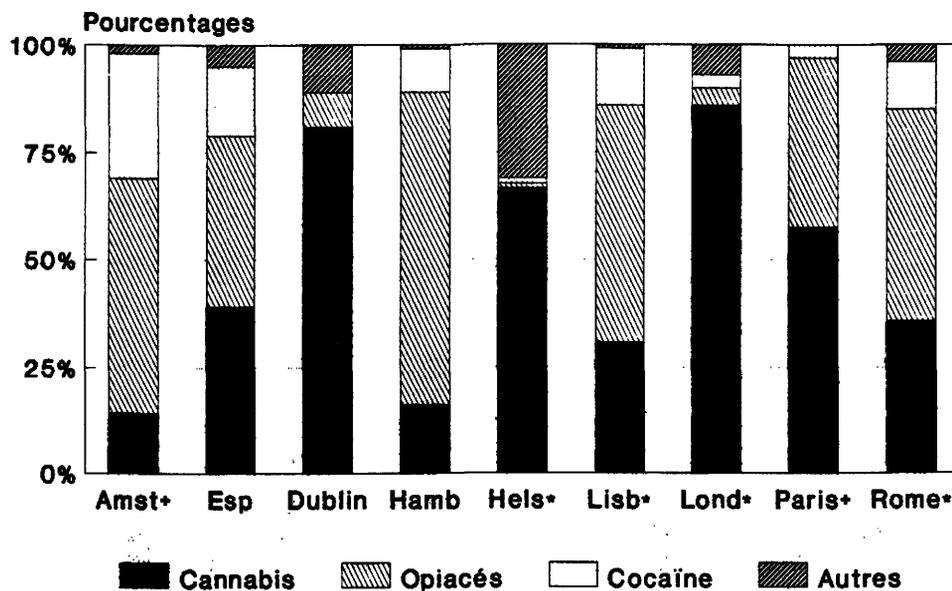


•Hels:86&90, Lisb:89&91, Lond:85&90, Paris:85&89, Rome:85&90

• Copenhagen, nombre de violations de la loi n° 1/2

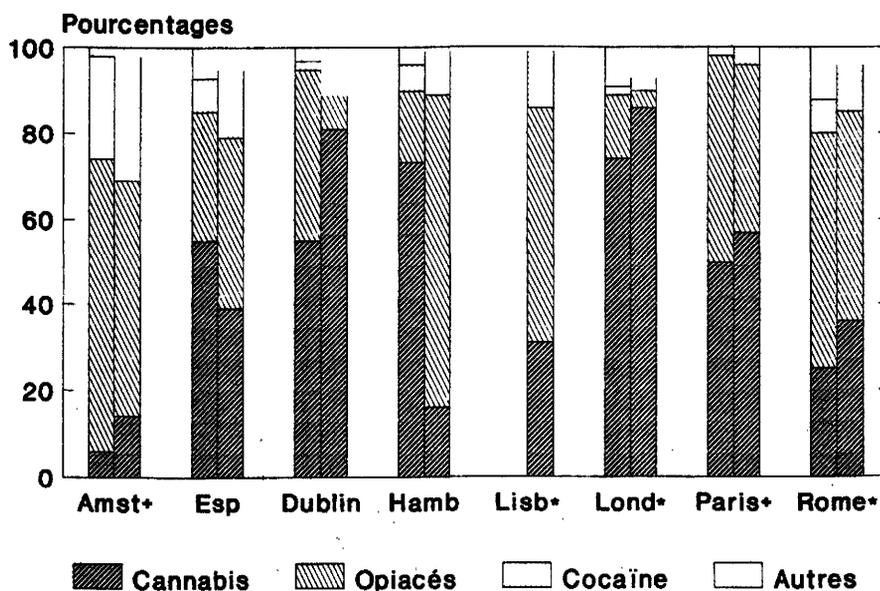
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

**Figure 14a: Arrestations policières
Ventilation par drogue (1991)**



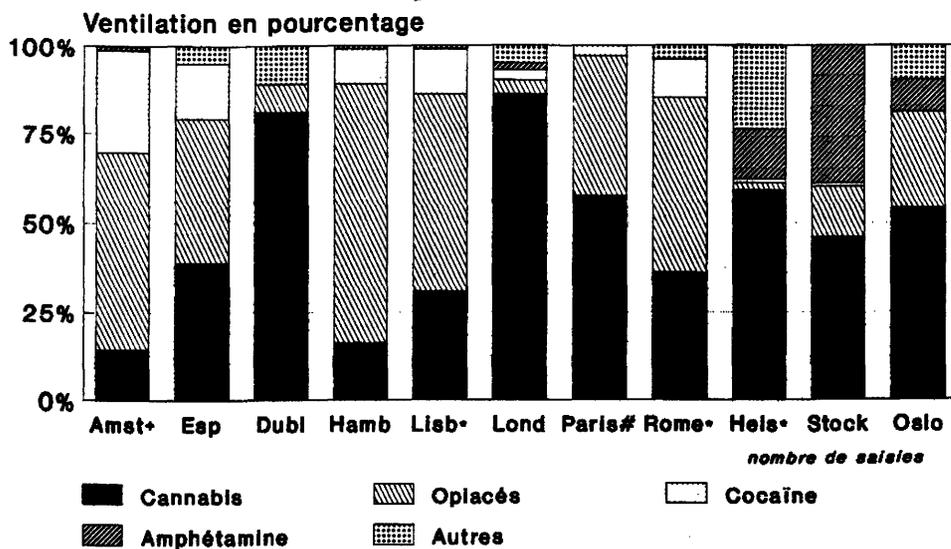
* données pour 1989
 * données pour 1990

**Figure 14b: Arrestations policières
Ventilation par drogue (1985 et 1991)**



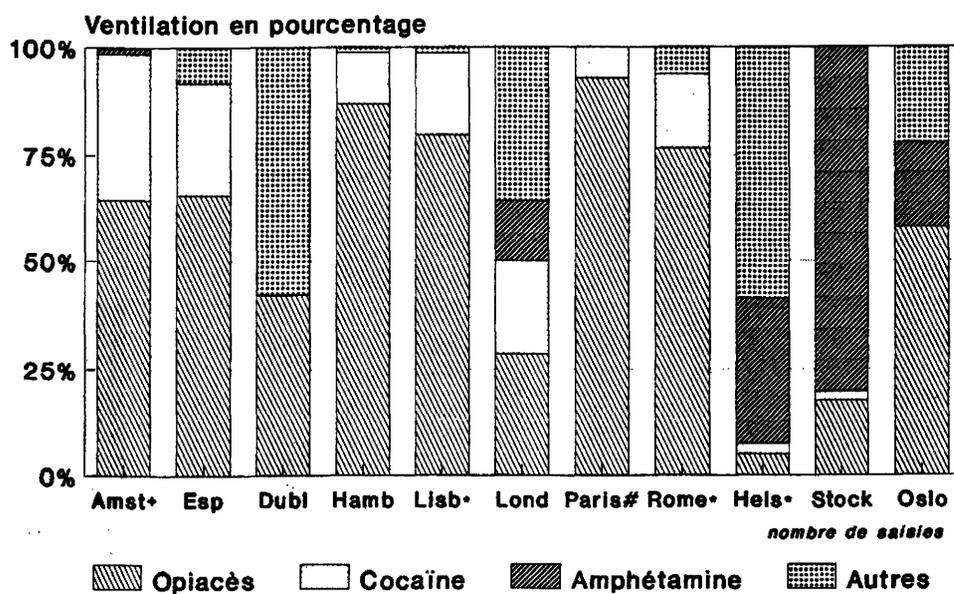
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

**Figure 14c: Arrest. ou nombre de saisies
Par drogue (1991)**



+ 1988, # 1989, • 1990
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 14d: Arrest. ou nombre de saisies
Par drogue, à l'excl. du cannabis (1991)**



Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 15a: Arrestations
Taux de population, ttes drogues (1990)

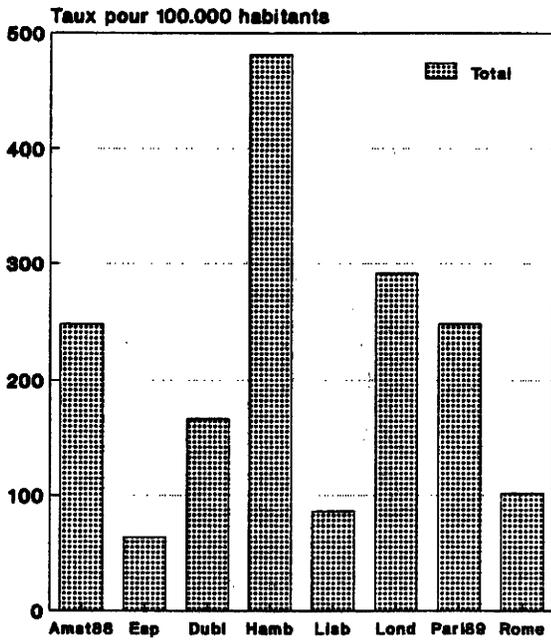


Figure 15b: Arrestations
Taux de population, opiacés (1990)

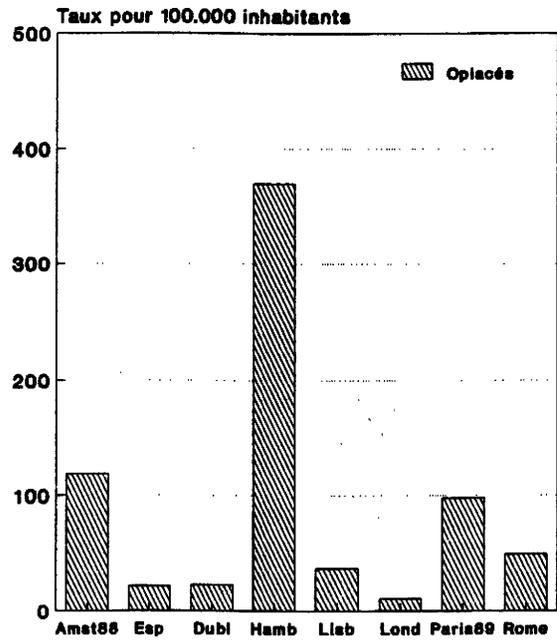


Figure 15c: Arrestations
Taux de population, cocaïne (1990)

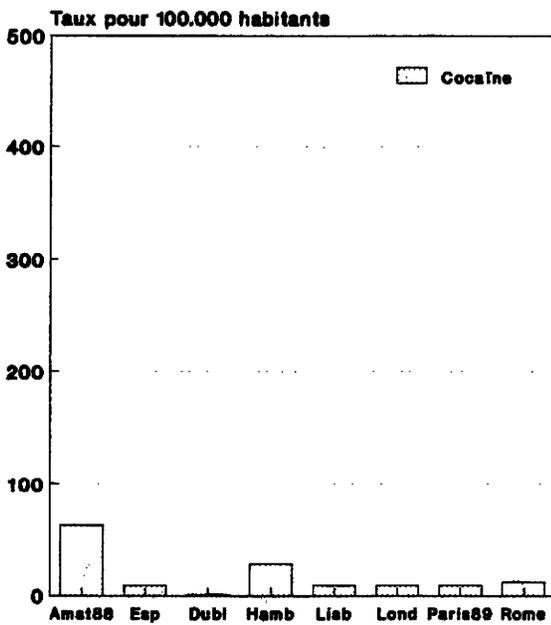
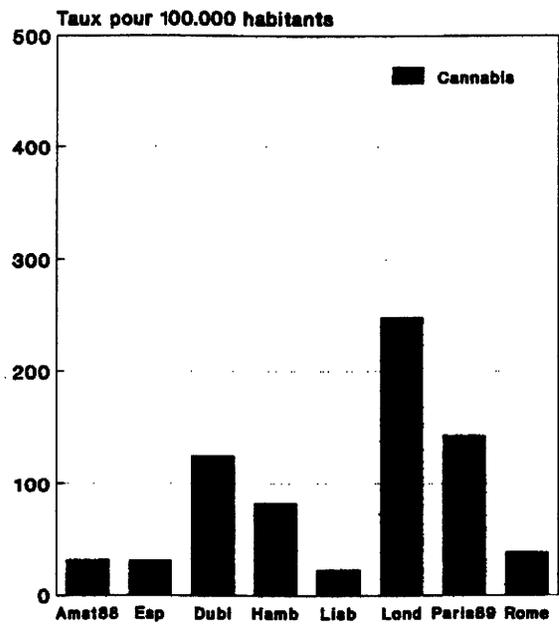


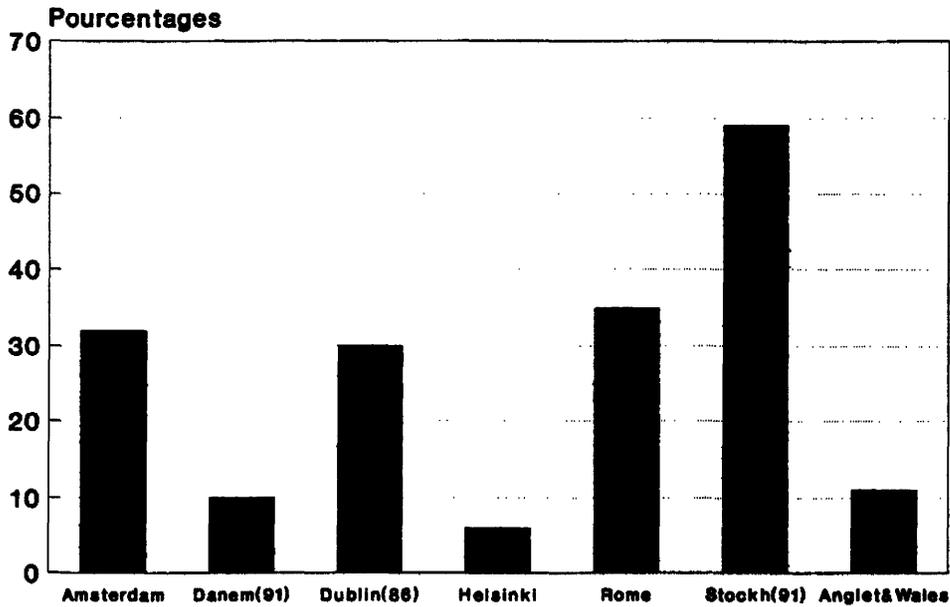
Figure 15d: Arrestations
Taux de population, cannabis (1990)



Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

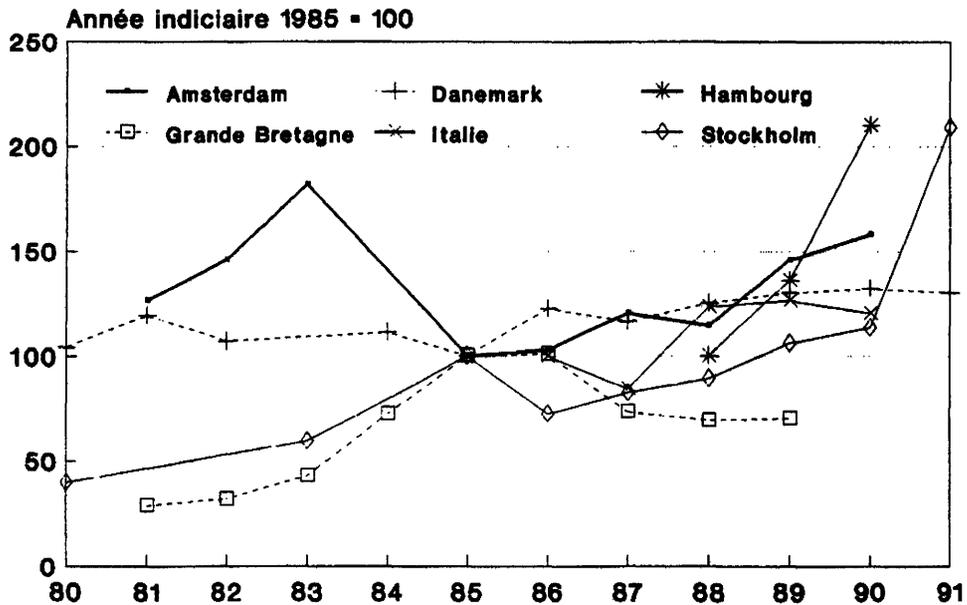
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 16a: Toxicomanes en prison
 % toxicom. au sein de la pop. carcérale



Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 16b: Usagers de drogues en prison
 Nombres constatés chaque année



Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 17a: Héroïne saisie
Quantités saisies (plus de 400 kg)

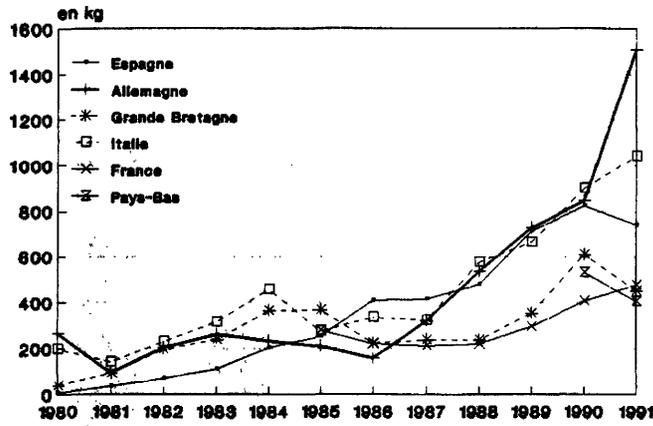


Figure 17b: Héroïne saisie
Quantités saisies (moins de 200 kg)

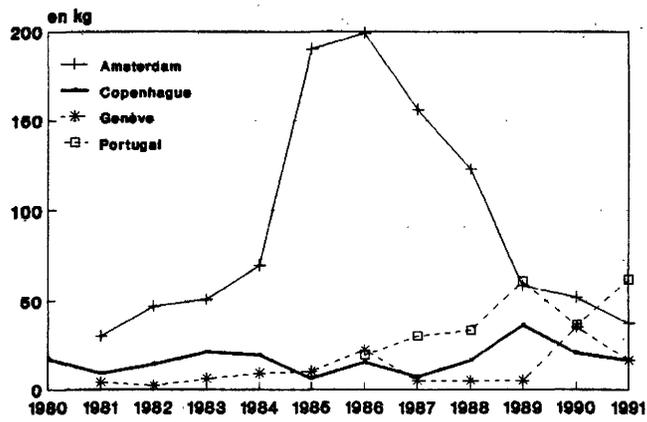
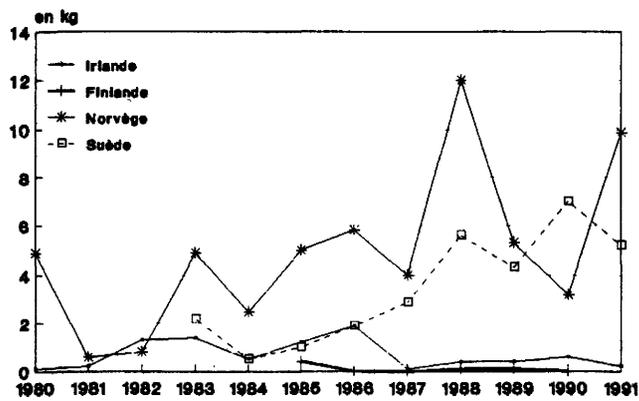
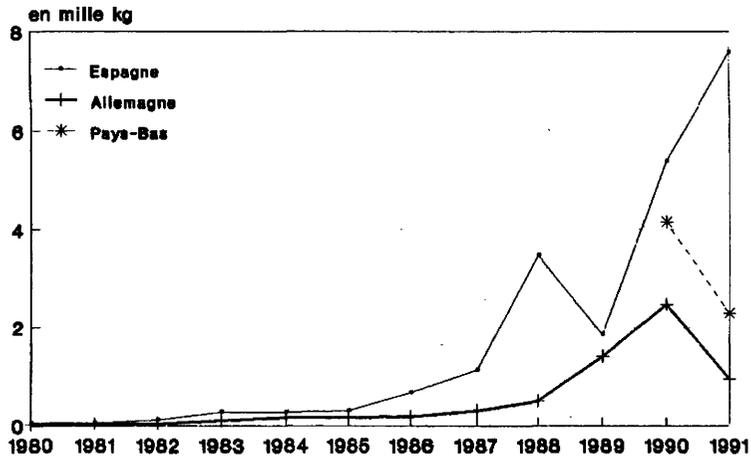


Figure 17c: Héroïne saisie
Quantités saisies (moins de 15 kg)



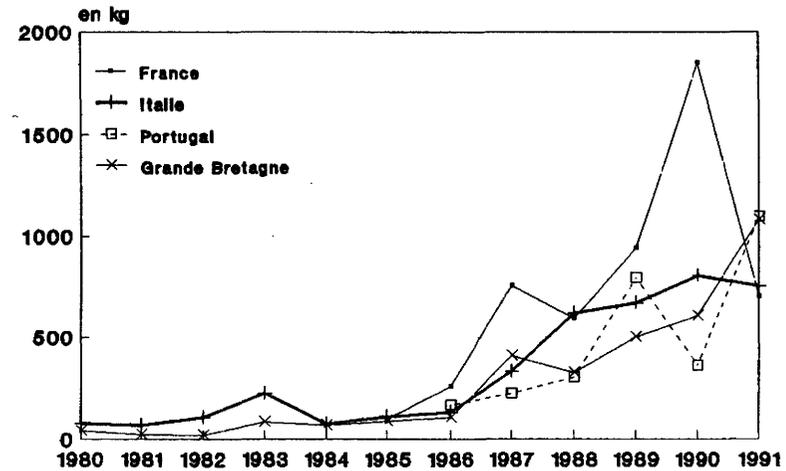
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 18a: Cocaïne saisie
Quantités saisies (plus de 2.000 kg)



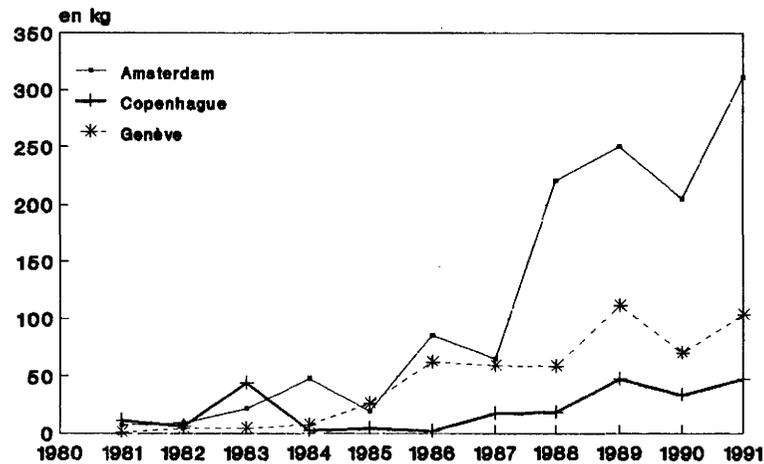
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 18b: Cocaïne saisie
Quantités saisies (moins de 2.000 kg)



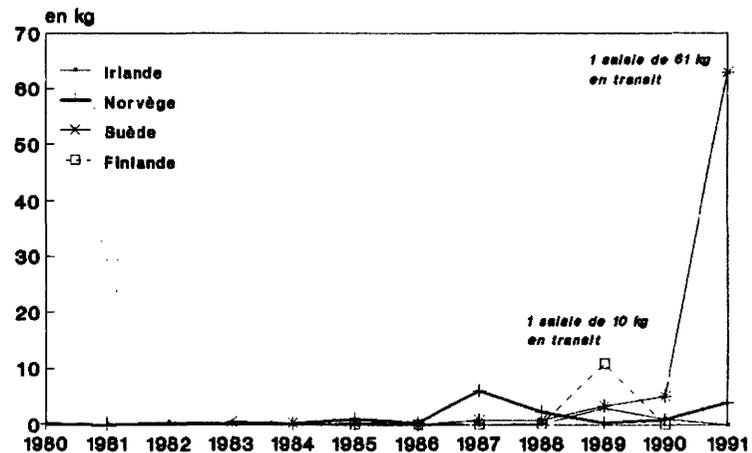
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 18c: Cocaïne saisie
Quantités saisies (moins de 500 kg)



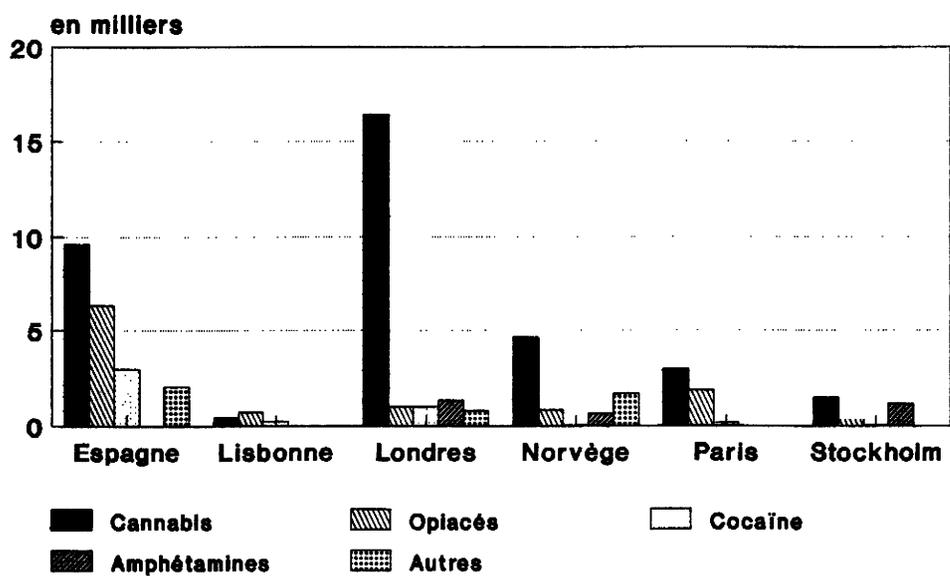
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 18d: Cocaïne saisie
Quantités saisies (moins de 10 kg)



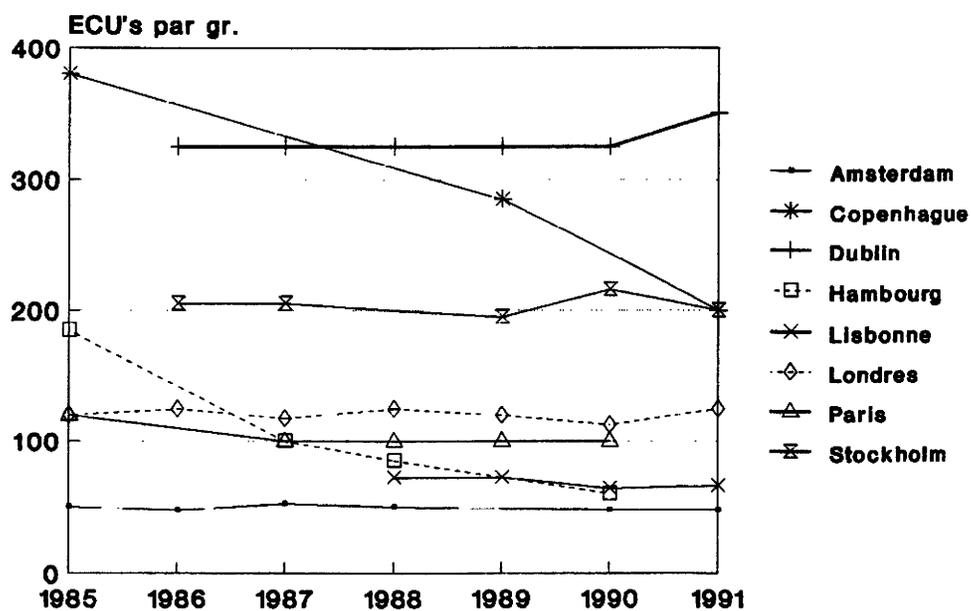
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 19: Saisies de drogues illicites
Nombre de saisies, par drogue (1990)



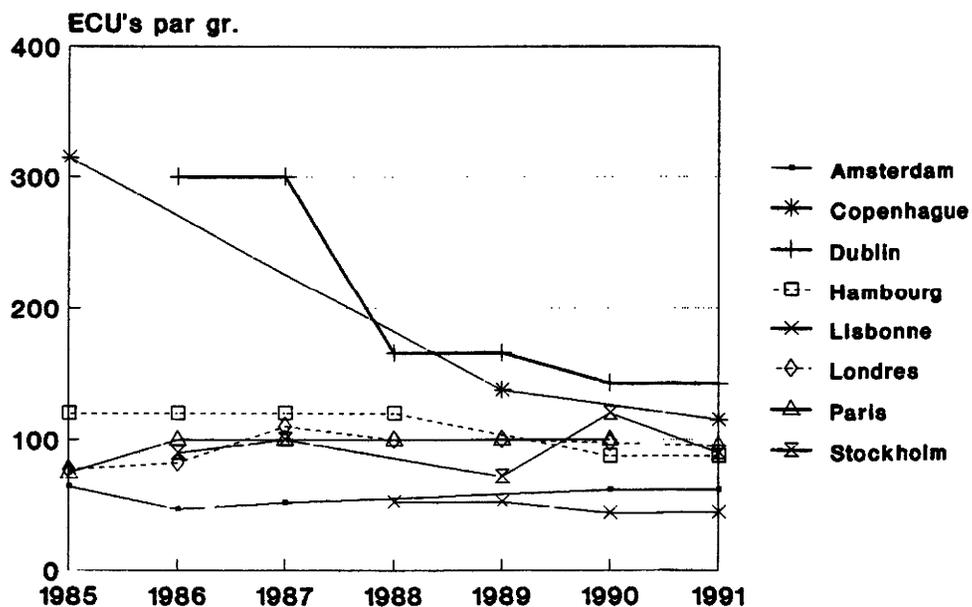
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

**Figure 20: Prix "trottoir" de l'héroïne
ECU's par gramme**



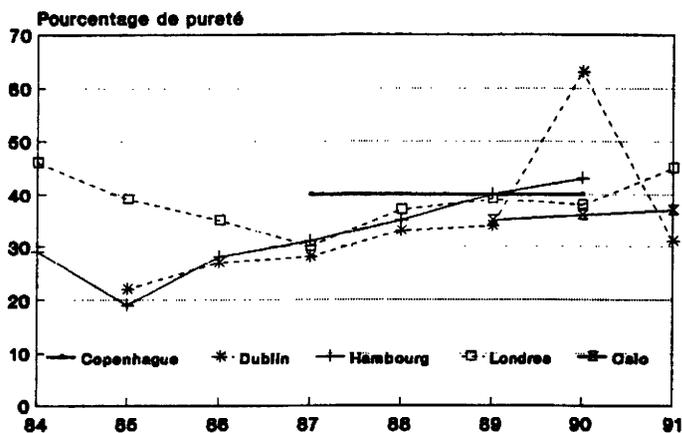
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

**Figure 21: Prix "trottoir" de la cocaïne
ECU's par gramme**



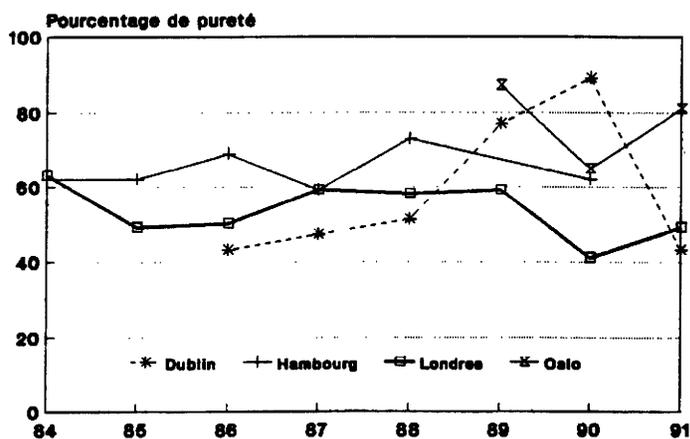
Groupe Pompidou
Etude multivilles, 1993

Figure 22a: Pureté des drogues 'trottoir'
Héroïne



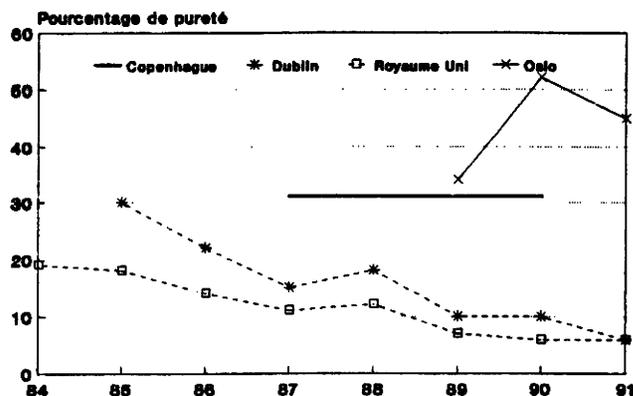
Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 22b: Pureté de drogues 'trottoir'
Cocaïne



Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

Figure 22c: Pureté de drogues 'trottoir'
Amphétamine



Groupe Pompidou
 Etude multivilles, 1993

C' est en 1983 que l'étude multi-villes a commencé. Ses objectifs sont méthodologiques (améliorer la qualité, l'utilité et la comparabilité des indicateurs de la toxicomanie) et fonctionnels (surveiller et interpréter les tendances de la toxicomanie à travers un réseau de grandes villes européennes). Le premier rapport (1987) comportait un examen méthodologique critique de divers indicateurs et fournissait des données sur sept villes (Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Paris, Rome, Stockholm) jusqu'en 1985. Depuis, l'Europe a été le théâtre de bouleversements sociaux et politiques, les schémas de toxicomanie et les politiques en matière de drogue ont évolué, le sida est devenu un problème majeur. Le présent rapport décrit et compare les tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes pendant les années 80, et plus particulièrement de 1985 à 1991. Les données qui ont permis d'établir ces tendances et ces comparaisons se heurtent naturellement à certains obstacles, qui sont, eux aussi, attentivement examinés dans le rapport. Le but est d'étendre et de consolider les recherches pour arriver à un réseau englobant vingt à vingt-cinq villes, y compris celles de l'Europe centrale et orientale, un réseau fournissant des données régulières et récentes sur les tendances observées.

Les éditions du Conseil de l'Europe

ISBN 92-871-2391-8